Lane Medical Library

Hysterie bei Kindern.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 11. März 1898

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Bruno Salge

approb. Arzt aus Berlin.

OPPONENTEN:

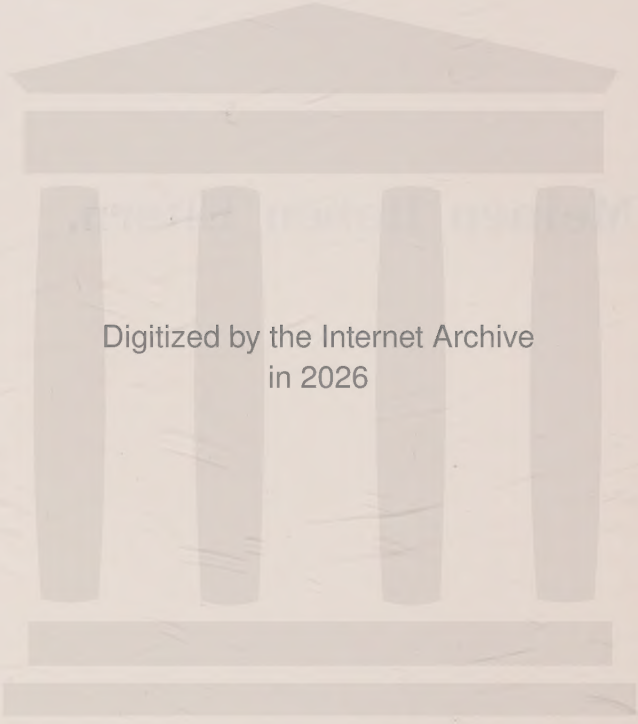
Hr. Dr. med. Radihn.
- Cand. med. Gutmann.
- Cand. med. Müller.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Meinen lieben Eltern.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/hysteriebeikinde0000brun

Hysterie wird ein Krankheitsbild genannt, dessen Symptome sich aus nervösen Störungen verschiedenster Art zusammensetzen, ohne dass für diese Symptome entsprechende anatomische Veränderungen nachzuweisen wären. Die Krankheit bindet sich dabei auch in ihren Erscheinungen nicht an anatomische Verhältnisse, charakterisiert sich also als sogenannte functionelle Erkrankung, die jetzt allgemein auf Störungen der den psychischen Functionen dienenden Teile des Grosshirns bezogen wird, und zwar sind dabei nicht nur die rein psychischen Vorgänge gemeint, sondern auch namentlich deren Verknüpfung mit der Körperlichkeit. „Wir nennen daher jede Krankheitserscheinung hysterisch, welche auf einer Störung der normalen Beziehungen zwischen den Vorgängen unseres Bewusstseins und unserer Körperlichkeit beruht. Zwischen unseren Willensvorstellungen und unserer Musculatur, zwischen den Erregungen unserer Sinnesnerven und unserem Bewusstsein bestehen unter normalen Verhältnissen ganz bestimmte fest geregelte Verknüpfungen. Tritt in diesen Verknüpfungen eine Lockerung, eine Verschiebung, ein falsches Massverhältnis ein, so entsteht eine nervöse Störung der Bewegung oder der Empfindung, eine hysterische Krankheitserscheinung. Dabei liegt aber der Ausgangspunkt der Störung in letzter Hinsicht stets auf psychischem Gebiete. Erleidet z. B. die Willensvorstellung eine krankhafte Änderung in dem Sinne, dass sie nicht mehr die körperliche motorische Erregung in irgend einem Muskelgebiete hervorrufen kann, so entsteht eine hysterische Lähmung. Wendet sich das Bewusstsein dauernd ab von bestimmten sensorischen Eindrücken, welche ihm zufliessen, so haben wir es mit einer hysterischen Anästhesie zu thun.“ (Strümpell.)

Das Vorkommen derartiger Krankheitserscheinungen bei Kindern ist erst in neuerer Zeit Gegenstand grösserer Aufmerksamkeit geworden, während noch vor 15 bis 20 Jahren das Kapitel von der infantilen Hysterie sehr stiefmütterlich behandelt wurde. Gleichwohl finden sich die ersten Notizen über die Beobachtung hysterischer Symptome bei Kindern schon im XVII. Jahrhundert.

Gilles de la Tourette, Paris 1892, nennt als erste Besprechung der kindlichen Hysterie „Caroli Pisonis Selectionum observationum et consiliorum de praetervisis hactenus morbis effectibusque praeter naturam ab aqua seu serosa colluvie et diluvie ortis liber singularis. Ponte ad Monticulum 1618. (Enim vero experientiae fide multae puellulae vivunt hystericis tentatae symptomatibus ante duodecimum aetatis annum.) Ferner Willis, Pathologiae cerebri et nervosi generis, in quo agitur de morbis convulsivis etc. Oxford 1667. (Observavi symptomata illius in puellis ante pubertatem.) Ferner Hoffmann 1733, Raulin 1759.

Bis über die Mitte unseres Jahrhunderts hinaus fanden diese Mitteilungen wenig Beachtung, denn die Hysterie galt abhängig von den Functionen der weiblichen Geschlechtsorgane und ihre Entstehung vor der Pubertät oder beim männlichen Geschlecht demnach für eine grosse Seltenheit.

Briquet 1859 zeigte, dass die Krankheit sich bei $^1/_5$ der Fälle vor dem 12. Jahre entwickelt, und stellte ferner den Satz auf, dass auf 20 hysterische Frauen 1 hysterischer Mann komme. Diese Angaben blieben nicht ohne Widerspruch, denn bis in die achtziger Jahre hinein galt namentlich die männliche Hysterie für viel seltener, als Briquet angab. 1880 stellte Klein 77 Fälle männlicher Hysterie zusammen, Bodenstein nimmt schon 10 % an und neuere französische Autoren geben an, dass auf etwa 2—3 Frauen 1 hysterischer Mann komme oder sogar (Marie 1889), dass in den ärmeren Ständen die Männer ebenso oft oder häufiger ergriffen werden als die Frauen. Charcot 1886 nennt Briquets Zahlen sicher übertrieben, Bruns 1897 bezeichnet sie als viel zu niedrig. Es scheint also in neuester Zeit mehr und mehr die Ansicht herrschend zu werden, dass die männliche Hysterie nicht zu den Seltenheiten zu rechnen ist, und wenn man

die immer mehr erschwerten Existenzbedingungen bedenkt, die immer grössere Anforderungen an die Spannkraft des Nervensystems stellt, so ist eine bedeutende Zunahme der männlichen Hysterie wohl zu erklären.*)

Ähnlich ist es mit den Ansichten über die Häufigkeit der kindlichen Hysterie. Die neuere Zeit hat über dieses Gebiet eine ziemlich reichhaltige Litteratur entstehen lassen (vgl. das Verzeichnis am Schluss); u. a. seien von deutschen Arbeiten die von Jolly, Weiss, Smidt, Schaefer, Emminghaus, Seeligmüller, Duvoisin, Bruns genannt, und immer mehr wird die Ansicht vertreten, dass die kindliche Hysterie viel häufiger ist, als man angenommen hatte. Dieser Erkenntnis kam zu gute, dass die männliche Hysterie bekannter wurde, denn es zeigte sich, dass gerade bei Kindern das männliche Geschlecht verhältnismässig häufiger befallen wird als bei Erwachsenen, und zwar verschiebt sich das Verhältnis zu Ungunsten der Knaben nach Bruns um so mehr, je früher vor der Pubertät die Krankheit einsetzt.

Über das Verhältnis der infantilen Hysterie zu der der Erwachsenen hat F. Steiner eine Anzahl von An-

---

Anmerkung: Bei der Unmöglichkeit, die Zahl der hysterischen Männer der Gesammtbevölkerung festzustellen, ist die Statistik der Armee-Sanitätsberichte von grossem Interesse. In den Jahren 1873—1884 wird Hysterie nicht erwähnt, was aber teilweise auf die mangelnde Aufmerksamkeit der Ärzte gegenüber dieser Krankheit in den genannten Jahren zu beziehen ist, denn es werden verschiedene Fälle mit nervösen Erscheinungen ohne feste Diagnose erwähnt, deren Symptome sich sehr wohl mit dem Bilde der Hysteria virilis vereinigen lassen.

1884—1888 wird von den mehr und mehr hervortretenden hysterischen Erkrankungen bei Soldaten gesprochen, eine Zahl aber nicht angegeben.

1888—1889. Zehn Fälle von Hystero-Epilepsie.

1889—1890 wird gesagt, dass über Hysterie mehrfach berichtet sei, eine genaue Zahl wird nicht angegeben. 7 Fälle werden beschrieben, darunter einmal grosse Hysterie.

1890—1892. „Nicht weniger als 46 vorurteilsfrei und mehr oder minder ausführlich beschriebene Fälle lieferten einen entsprechenden Beweis für die relative Häufigkeit dieser Krankheit im Heere. Hierunter befanden sich 4 Fälle traumatischer Abkunft. Grosse Hysterie im Sinne Charcots scheint bei Soldaten zu den Ausnahmen zu zählen, da nur 3 der geschilderten Beobachtungen hierunter gerechnet werden können."

Hierbei sind natürlich alle Fälle nicht mit gerechnet, die wegen Hysterie nicht eingestellt werden konnten.

gaben verschiedener Autoren zusammengestellt, die ich hier wiedergeben will:

	Überhaupt	Kinder
Briquet	355	52 = 14,65 %
Landouzy	426	164 = 38,5 -
Scanzoni	217	4 = 1,843 -
Pitres	100	18 = 18 -
Althaus	820	71 = 8,415 -
Amann	268	16 = 6 -

Lässt man dabei die Angabe Scanzonis, der als Gynäkologe wohl weniger Kinder zur Behandlung bekommt, ausser Acht, so stellt sich heraus, das 15—16 % aller hysterischen Erkrankungen auf Kinder fallen.

Am häufigsten tritt die Hysterie zwischen dem 7. und 14. Jahre auf (Bruns), doch kommt sie auch in noch zarterem Alter vor, ja französische Autoren sprechen sogar von einer Hysterie im Säuglingsalter, z. B. Chaumier.

Wenn man jetzt wohl als die herrschende Ansicht bezeichnen darf, dass die Hysterie der Kinder durchaus nicht selten ist, so fragt es sich, ob sie sich so von der der Erwachsenen unterscheidet, dass eine Trennung von der letzteren und eine gesonderte Besprechung gerechtfertigt erscheint.

Diese Frage ist zu bejahen, weil gerade die kindliche Hysterie sich zum Studium dieser Krankheit besonders eignet, denn die Symptome sind hier nicht so mannigfaltig, das Krankheitsbild ist durchsichtiger und einfacher, wie namentlich Jolly betont, als bei Erwachsenen; es handelt sich hier weniger um complicierte Anfälle, um den proteusartigen Wechsel verschiedener Symptome, als vielmehr um die monosymptomatische Form, die sog. forme fruste der Franzosen.

In der Ätiologie der Krankheit überwiegen wie bei der Hysterie überhaupt die psychischen Momente. In einer grossen Reihe von Fällen, auch die weiter unten mitgeteilten können meist dafür als Beispiel gelten, schliessen sich die ersten Zeichen der Hysterie an eine starke Gemütserregung, Schreck, Angst, Ärger etc. an, wobei häufig rein körperliche Vorgänge im Spiel zu sein scheinen; indessen haben sie nur insofern ätiologische Bedeutung, als mit einem Fall auf den Kopf z. B. oder

einer Züchtigung psychische Erregungen verbunden sein können, die ihrerseits die Krankheit auslösen. Daran wird auch nichts durch die häufige Beobachtung geändert, dass gerade der Teil des Körpers Sitz der hysterischen Symptome wird, den das Trauma betroffen hat; das Bewusstsein war eben im Augenblick der Verletzung etc. auf diesen betreffenden Körperteil besonders gerichtet, und so ist es erklärlich, dass gerade die Teile der psychischen Functionen erkranken, von denen die Innervationsvorgänge des betreffenden Körperteils abhängig sind.

Nicht immer ist aber der Anfang so acut und von einer bestimmten Ursache herzuleiten, oft bleibt der Beginn unklar, aber es findet sich in den Lebensbedingungen des Kranken vieles, was ein häufigeres Einwirken geringerer Schädlichkeiten wahrscheinlich macht.

Diesen spricht Strümpell eine cumulierende Wirkung zu, ähnlich wie die dauernde Zuführung geringerer Giftmengen ebenso schädigend wirken kann, als eine auf einmal zugeführte grössere Menge.

Ferner ist aber auch zur Entstehung der hysterischen Erkrankung eine gewisse Disposition des Nervensystems erforderlich, denn psychische Schädigungen kommen im Leben eines jeden Menschen vor, besonders bei Kindern dürfte wohl ohne Ausnahme ein starker Schreck, Angst vor Strafe etc. nie ganz fehlen, und doch stossen sich sehr viele Kinder oft den Kopf, fallen, werden bestraft, ohne dass sich hysterische Symptome zeigen. Auch hier liegt der Vergleich mit rein körperlichen Dingen, wie ihn Strümpell macht, sehr nahe. Derselbe Stoss, den ein starker Mensch erträgt, wirft einen schwachen zu Boden, ebenso wirken die keinem Menschen ersparten psychischen Traumen auf ein schwaches Nervensystem schädigend ein, während ein starkes den Stoss aushält oder sich doch schnell wieder von ihm erholt.

Diese Disposition des Nervensystems ist in vielen Fällen ererbt, und die neuropathische Belastung tritt nach Peugniez gerade bei Kindern besonders hervor, doch kann sie zweifellos auch erworben werden. Besonders ist letzteres bei Kindern anzunehmen, deren seelisches Leben ein ungemein lebhaftes ist, wo der Charakter noch nicht gefestigt ist, und alle Eindrücke tiefer wirken. Eine falsche Erziehung, die es versäumt, den Willen und

die Energie zu stärken, dagegen mit übermässiger Verzärtelung die Launenhaftigkeit der Kinder begünstigt, ist oft für die Schwäche des Nervensystems verantwortlich zu machen. Daher sind Kinder, die, wie häufig grade in bessern Ständen beobachtet wird, der Mittelpunkt des ganzen Haushalts sind, „um die sich alles dreht", nach Henoch besonders den hysterischen Affectionen ausgesetzt.

In ähnlicher Weise sprechen sich andere Autoren aus. So sagt Gowers, cit. nach Steiner: „Ein Kind, das stets thun konnte, was es wollte, ohne dass sein Eigensinn gebrochen wurde, besitzt im späteren Leben keine Selbstbeherrschung". Hysterische Kinder besitzen nicht den hemmenden Einfluss des Willens, den gesunde Kinder besitzen sollen (Senator), und deswegen muss eine Erziehung, die es versäumt, den Willen zu stärken, das Kind daran zu gewöhnen, seine Affecte zu zügeln, sich zu beherrschen, die Entstehung der Hysterie begünstigen.

Steiner giebt dafür noch eine anatomische Erklärung, indem er darauf hinweist, dass schon jeder Affect beim Kinde eine nicht unbedeutende Hyperämie des Gehirns zur Folge hat und diese eine Ausdehnung der Blutgefässwandungen. Wenn sich nun diese Affecte häufen und an Intensität gewinnen, wie dies bei fehlerhafter, schwächlicher, die Launenhaftigkeit der Kinder nicht unterdrückender Erziehung Tag für Tag vorkommt, so resultiert dauernde Erweiterung der Kopfgefässe.

Zu den Fehlern in der Erziehung gehört ferner eine zu frühzeitige Entwickelung der geistigen Fähigkeiten, übermässige Anspannung der Phantasie etc. Die Wunderkinder, die schon vorzeitig schreiben, lesen und rechnen können, müssen die Eitelkeit ihrer Eltern häufig mit einem schwachen, widerstandslosen Nervensystem büssen.

Dazu kommt noch, dass sehr oft diese verkehrte Erziehung mit nervöser Belastung Hand in Hand geht, dass womöglich die selbst „nervösen" Eltern, abgesehen davon, dass sie ihren Kindern nicht die notwendige Willensenergie anerziehen können, weil sie sie selbst nicht besitzen, auch noch durch das Beispiel, durch hysterische Anfälle etc., die Kinder schädigen.

Andererseits werden aber auch Kinder befallen, bei

denen von einer besonderen Verzärtelung nicht die Rede sein kann. Hier ist oft die ganze äussere Umgebung angethan, einen schädigenden Einfluss auf die Psyche des Kindes auszuüben. In den unteren Volksklassen sind die Kinder oft grade in einem Alter, in dem gewonnene Eindrücke am intensivsten wirken, dem schlimmen Einfluss ausgesetzt, den drückende Sorgen, Zwistigkeiten der Eltern, ein roher, oft auch unsittlicher Ton haben müssen.

Dazu kommt noch, dass die Kinder oft unter ungünstigen hygienischen Verhältnissen leben, schlecht genährt werden, anämisch sind, überhaupt ihr Körper nicht genügend gepflegt und ausgebildet ist; darunter leidet dann natülich ebensogut das Nervensystem, wie die anderen Organe.

Damit kommen wir auf eine andere Reihe von Ursachen, die zunächst den Körper überhaupt und damit auch das Nervensystem schwächen, also körperliche Krankheiten.

Als erste sei hier die Anämie genannt, ferner Krankheiten wie z. B. Gelenkrheumatismus und die mit ihm verwandte Chorea minor. Weiterhin ist hier die phthisische Belastung zu nennen. Duvoisin fand bei 50 % Hysterischer tub. Belastung, und Laufenauer spricht sogar von einer Wechselbeziehung zwischen Tuberculose und Hysterie. Grasset (Traité pratique des maladies du système nerveux 1886), cit. nach Steiner, sieht die Hysterie als Ausdruck der tub. Diathese an. Nach Charcot begünstigt die Tuberculose der Eltern die Entwicklung der vererbten nervösen Keime, die bei den Eltern auch vorhanden, aber latent waren. Nach Jolly ist die tub. Belastung häufig mit einem schwachen Nervensystem verbunden. Nach Peugniez schiebt sich hier zwischen Ursache und Wirkung noch ein psychisch wirkendes Bindeglied ein, d. h. die trüben Familienverhältnisse, die durch Phthise der Eltern geschaffen werden, wirken schädigend auf die Psyche ein und veranlassen so die hysterische Umstimmung des Nervensystems. Schliesslich sei noch als schädigendes Moment die Onanie erwähnt, die sicher durch die übermässige Anstrengung der Phantasie schädigend zu wirken vermag, und zwar ist hier nicht nur die körperliche, sondern auch die psychische Onanie gemeint,

wie sie durch ein frühzeitiges Erwachen des Geschlechtstriebes hervorgerufen wird. Verursacht wird letzteres durch Nachahmung, Verkehr mit Kindern, die diesem Laster ergeben sind, durch Verführung seitens Erwachsener, durch dichtes Zusammenwohnen, wo die Kinder Dinge hören und sehen, die vorzeitig den Geschlechtstrieb erwachen lassen. Wenn auch zugegeben werden muss, dass dieses Laster weit häufiger ist als die infantile Hysterie, so ist es doch immerhin angezeigt, auch hierauf die Aufmerksamkeit zu richten (Jolly).

Über das von der infantilen Hysterie bevorzugte Alter ist bereits oben gesprochen, hier sei noch erwähnt, dass auch Nationalität und Race nicht ganz ohne Bedeutung zu sein scheinen. So kommen z. B. die schwereren Formen von Hysterie in Frankreich entschieden häufiger vor als in Deutschland. Besonders disponiert zur Hysterie, wie überhaupt zur Nervosität, ist die jüdische Race (Strümpell).

Die Erscheinungsart der infantilen Hysterie unterscheidet sich, wie schon oben gesagt, dadurch hauptsächlich von der der Erwachsenen, dass sie einfacher ist, nur einzelne Symptome, eine Contractur, Lähmung etc., aber nicht das complicierte Bild des grossen hysterischen Anfalls zeigt. Die hysterischen Stigmata fehlen oft ganz, hysterogene Zonen sollen selten sein (Bruns), waren jedoch in einigen der zu besprechenden Fälle deutlich vorhanden. Eine Einteilung der kindlichen Hysterie ist sehr schwer, denn die einzelnen Symptome, die bald in dieser, bald in jener Combination zusammentreten, lassen sich nur schwer in ein System bringen. Gleichwohl sind solche Einteilungen von verschiedener Seite versucht worden, von denen einige hier angeführt sein mögen.

Einteilung von Henoch:

I. Psychische Symptome prävalieren.
II. Convulsivische Erscheinungen.
III. Combinierte Bewegungen. Chorea magna.
IV. Trophische und neuralgische Störungen.

Einteilung von Seeligmüller:

I. Convulsivische Form.
II. Epileptische -
III. Maniakalische -
IV. Hypnotische -

Einteilung von Faye:

I. Paralytische Anfälle.
II. Convulsivische -
III. Chorea.
IV. Übertreibungssucht.
V. Hysterische Arthralgieen.
VI. Pica hysterica.

Einteilung von Duvoisin:

I. Einfachste Form, nur Charakterveränderung und allgemeine Klagen.
II. Hysterie ohne Anfälle und ohne Störung des Bewusstseins.
III. Convulsivische Form mit mehr oder weniger starker Störung des Bewusstseins.

Einteilung von Greffier:

I. Convulsivische Form.
II. Nicht convulsivische Form.

Wenden wir uns nun den einzelnen Symptomen zu, die uns bei Kindern besonders häufig begegnen.

Die hysterischen Lähmungen können schlaffe oder spastische sein. Über die Häufigkeit der einen oder andern Art lauten die Ansichten verschieden. Charcot z. B. nimmt mehr schlaffe Lähmungen an, während Bruns mehr spastische Formen gesehen hat. Besonders häufig befällt die schlaffe Lähmung die Beine, seltener die Arme beiderseits oder auch in Form einer Hemiplegie, wobei das Gesicht meist unbeteiligt ist. (Devoux, De la paralysie faciale hystérique. Thèse de Paris 1891. Gaz. de Paris 1892, 47.) Monoplegieen oder Lähmung einzelner Gliedabschnitte sind bei Kindern selten (Bruns), ebenso Lähmung der Augenmuskeln, die Moebius ganz in Abrede stellt. Steiner hat einen Fall von hysterischer Ptosis veröffentlicht (Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. 44), doch ist der hysterische Blepharospasmus viel häufiger. Als differential-diagnostisches Merkmal giebt Charcot an, dass bei Spasmus die Augenbraue der kranken Seite tiefer stehe als auf der gesunden, bei Lähmung umgekehrt. Die Lähmung oder der Spasmus kehren sich natürlich ebensowenig wie andere hysterische Symptome an die anatomischen Verhältnisse.

Es kann dabei zu einer geringen Inactivitätsatrophie kommen, Entartungsreaction fehlt nach Bruns stets, doch

waren in einem der unten angeführten Fälle (Anna B.) Andeutungen derselben vorhanden.

Contracturen können alle verschiedenen Gelenke befallen und sollen bei Hysterie der Kinder besonders stark sein. Sie lösen sich im Schlaf und in der Narkose, sind gewöhnlich schmerzhaft, wobei die Gelenke als Sitz der Schmerzen bezeichnet werden. Jolly fasst deswegen die Contractur als Folge einer primären Gelenkneuralgie auf. Die Reflexe sind dabei häufig gesteigert, aber nicht in dem Grade wie bei Erwachsenen (Bruns), doch wurde in den angeführten Fällen auch einige Mal eine recht erhebliche Steigerung der Reflexe mit Fussclonus beobachtet.

In vielen Fällen handelt es sich nicht um eine Lähmung oder Contractur der Glieder, sondern um die Störung gewisser Functionen, die durch complicierte, coordinatorische Bewegungen ausgeführt werden. Während die Bewegungen der einzelnen Muskeln und Muskelgruppen z. B. der Beine vollkommen erhalten ist, kann das Stehen und Gehen unmöglich sein, indem die Beine bei dem Versuch entweder einknicken, oder spastische Erscheinungen auftreten. Im Bett bewegen die Patienten die Beine ganz gut, höchstens besteht eine Parese der Glieder, sodass z. B. die Beine nicht lange gehoben werden können, wie es bei einem unserer Patienten der Fall war. — Hierbei ist also eigentlich keine Lähmung vorhanden, sondern die Herrschaft des Willens über die Coordination der betreffenden Muskeln zum Zweck der Erreichung einer bestimmten Function fehlt, die Patienten haben gleichsam das einst erlernte Gehen wieder verlernt. Dabei können ähnliche, mit der verlorenen verwandte Functionen ungestört sein; so teilt Charcot einen Fall mit (cit. nach Bruns), wo der Patient nicht stehen und gehen, wohl aber schwimmen konnte. Dass es sich hier nicht um irgend welche organische Veränderungen handeln kann, ist selbstverständlich. Derartige Zustände sollen bei Hysterie der Kinder viel häufiger sein als bei Erwachsenen. Je nach der Art, wie sich die Gehstörung etc. zeigt, hat man eine paretische und spastische Abasie unterschieden.

Eine weitere Lähmungserscheinung, die sich bei Hysterie der Erwachsenen und der Kinder in gleicher

Weise zeigt, ist die Stimmbandlähmung und mit ihr verwandt in ähnlicher Weise wie die Abasie mit der Lähmung der Beine, die Stummheit. Die hysterische Stimmbandlähmung unterscheidet sich von der organischen Recurrenslähmung dadurch, dass sie im Gegensatz zu dieser meist doppelseitig ist und einfachen Manipulationen in der Regel weicht. Die durch die Lähmung bedingte Aphonie bezieht sich dabei zuweilen nur auf die Sprache, sodass das paradoxe Bild entsteht, dass ein Mensch nicht laut sprechen, wohl aber singen kann. Ferner kann es dann zu vollständigem Sprachverlust, zur Aphasie kommen. Die Aphasie zeigt sich dabei in Form der rein motorischen Aphasie, die Patienten kennen also die betreffenden Wörter für bestimmte Vorstellungen ganz gut, sind aber nicht fähig, den Coordinationsapparat, der die Lautbildung vermittelt, in Thätigkeit zu setzen. Die Phonation ist dabei, im Gegensatz zu der organisch bedingten Aphasie, meist verloren gegangen. Es ist auch hier so wie bei der oben besprochenen Abasie, die Willensherrschaft über die Coordination bestimmter Muskelgruppen ist verloren gegangen. Zuweilen ist dabei die Intonationsfähigkeit erhalten, wie auch in einem der unten genannten Fälle, wobei noch ein interessanter Versuch der Patientin, sich sprachlich auszudrücken, zu erkennen war. Die Stummheit, wie auch andere hysterische Symptome waren nach Fall auf den Kopf zuerst aufgetreten, das Kind wurde bald darauf stumm, konnte aber intonieren und versuchte, das Wort „Kopf“ nicht exspiratorisch, sondern inspiratorisch auszusprechen, was auch ziemlich gut gelang. Hierbei liesse sich folgendes denken: die Fähigkeit, sich der Sprachmuskeln in der gewohnten Weise zu bedienen, war verloren gegangen, das Kind wandte jetzt einen Sprachmechanismus an, der wenigstens in europäischen Sprachen garnicht vorkommt, es versuchte die Wortbildung während der Inspiration.

Noch sei das hysterische Stottern erwähnt, das eigentlich allerdings zu den weiter unten zu erwähnenden hysterischen Reizerscheinungen gehört. Es trägt einen eigentümlichen Charakter dadurch, dass nicht wie sonst beim Stottern besonders schwer auszusprechende Laute oder Silben zum Gegenstand der Sprachstörung

werden, sondern es wird nur beim Beginn des Sprechens die erste Silbe einige Male stotternd wiederholt, dann geht das Sprechen ganz glatt, bis eine Pause eintritt, und sich das Spiel wiederholt.

Hysterische Sprachstörungen kommen namentlich nach heftigem Schreck vor. — Zu den hysterischen Reizerscheinungen, zu denen, wie eben gesagt, auch das hysterische Stottern gezählt wird, gehört ferner der Tremor, der nach Jolly namentlich durch Schreck, zu anstrengendes Schreiben und Turnen etc. vorkommt. Er war in zwei der unten mitgeteilten Fälle vorhanden, das eine Mal bestand er schon vor dem Auftreten anderer hysterischer Symptome, das andere Mal brach er kurz nach einem schweren Fall aus. Bei letzterer Patientin zeigte sich ausserdem noch ein grossschlägiger Tremor bei dem Versuch, die Beine passiv zu bewegen, was offenbar auf sehr gesteigerter Reflexerregbarkeit beruht.

Weiter gehören zu dieser Symptomengruppe die häufig auftretenden choreatischen Erscheinungen, namentlich ein Teil der von Henoch als Chorea electrica bezeichneten Fälle; ferner eine Anzahl der sogenannten Chorearecidive gehören hierher (Bruns), ferner dem Tic convulsif ähnliche Zustände, Athetosis und ein rotatorischer Tic des Kopfes sind beschrieben worden (Bruns).

Chorea rhythmica nennt Charcot eine Bewegungsanomalie der Hysterischen, wobei combinierte Bewegungen, die bestimmte Functionen wie Rudern, Schwimmen etc. nachahmen, vorkommen. Ein 13 jähriger Junge machte, als er während eines hysterischen Anfalls mit Wasser begossen wurde, Schwimmbewegungen, dazu wohl durch Suggestion veranlasst. Daran schliesst sich die sogenannte Chorea magna, ein abnormer Bewegungsdrang der Kranken, mit complicierten Bewegungen, wie Springen, Tanzen etc. Das ganz unsinnige Benehmen dabei kann leicht zur Annahme der Simulation führen, indessen ist dabei die kolossale Leistungsfähigkeit der Muskeln zu beachten, die bei der Simulation solcher Bewegungen niemals möglich wäre. Dann kommen epileptiforme Convulsionen vor, doch sollen sie nicht so häufig sein als bei der Hysterie der Erwachsenen, häufig sind sie mit Wein und Schreikrämpfen verbunden.

Oft betreffen die convulsivischen Erscheinungen nur einzelne Muskelgruppen, so bei dem hysterischen Singultus, der hysterischen Tachypnoe und dem hysterischen Husten (Bruns).

Selten kommen bei Kindern die sogen. grossen hysterischen Anfälle mit Clownismus und Attitudes passionelles vor, und wenn sie vorkommen, so betreffen sie nach Bruns meist Kinder, die sich der Pubertät schon nähern. In einem unserer Fälle wurde ausgesprochene Kreisbogenstellung und die bei Kindern ebenfalls seltene (Henoch) Steigerung des Muskeltonus, die Flexibilitas cerea, beobachtet. Der Knabe, Richard H., war 13 Jahre alt, näherte sich also der Pubertät.

Wenden wir uns nun der Sensibilität zu, so ist dieselbe auch nicht mit derselben Häufigkeit bei Kindern gestört, wie wir es bei der Hysterie der Erwachsenen zu beobachten gewöhnt sind. Sensibilitätsstörungen kommen aber doch oft genug vor, und zwar sind Hyperästhesieen und Hyperalgesieen häufiger als Anästhesieen (Steiner), die nach Jolly meist nur leicht und oberflächlich sind, seltener kommen tiefe Analgesieen vor. Meist ist die Anästhesie disseminiert, seltener halbseitig und sehr selten generell. Herabsetzungen der Sensibilität auf einer ganzen Körperhälfte sind auch in den unten besprochenen Fällen beobachtet worden, ein anderes Mal Hyperalgesie und Hyperästhesie auf der ganzen linken Körperhälfte. Daneben zeigten sich in unseren Fällen ausgeprägte beschränkte Anästhesieen, an denen sich auch in einem Falle Transfert nachweisen liess. Häufig kommen Anästhesieen der hinteren Rachenwand vor, oft zusammen mit Sprachstörungen. Natürlich folgen auch die Anästhesien nicht den anatomischen Verhältnissen, eine Ansicht, der nur von Rosenthal widersprochen wird, der sagt, dass die Anästhesie den Begrenzungslinien der Hautnerven folge (cit. nach Steiner), während Charcot das gerade Gegenteil behauptet.

Die sensiblen Reizerscheinungen sollen bei Kindern ebenfalls weniger häufig sein, in unseren Fällen wurden einmal starke Gesichtsschmerzen auf der linken Seite, ferner stechende Schmerzen an der Innenseite der Unterschenkel, zweimal Schmerzen von wechselndem Sitz während des Anfalls und einmal Schmerzen von der

Brust zum Halse aufsteigend, die wohl einen schmerzhaften Krampf der Oesophagusmusculatur, Globusgefühl, zuzuschreiben wären. Über Kopfschmerz wurde in unseren Fällen, namentlich vor und nach den Anfällen, öfter geklagt. Daran schliessen sich die Gelenkneuralgieen, die im Kindesalter nicht selten vorkommen. Oben wurde schon erwähnt, dass man die hysterischen Contracturen oft als Folgen der Gelenkschmerzen ansehen muss, umgekehrt können nach Strümpell aber auch schmerzhafte Contracturen Gelenkneuralgieen vortäuschen. In der Charité wurde ein Fall von Neuralgie im Hüftgelenk beobachtet, bei dem von einer eigentlichen Contractur nicht die Rede sein konnte, das Bein wurde allerdings steif gehalten, dagegen waren alle Bewegungen in dem schmerzhaften Hüftgelenk frei, die Schmerzen im Gelenk traten nur bei dem Versuch, zu gehen, auf. Druckschmerz war nicht vorhanden. Einen ähnlichen Fall ohne Contractur, aber mit starkem Druckschmerz, beschreibt Bruns. Die hysterischen Gelenkaffectionen können organischen sehr ähnlich sein. Näheres darüber bei dem betreffenden Fall Anna B.

Die übrigen Sinnesorgane zeigen ebenfalls zuweilen Störungen; so wurde in einem unserer Fälle die Function der Sinnesorgane auf der linken Körperhälfte schlechter als rechts gefunden, Geschmacksstörungen wurden beobachtet, es wurde sauer auf beiden Hälften der Zunge nicht geschmeckt, in demselben Fall war das Gehör links schlechter als rechts.

Ein besonders interessantes und wichtiges Symptom, auf das Charcot grossen Wert legt, ist die Gesichtsfeldeinengung, namentlich für monochromatisches Licht, und die Umkehrung des Verhaltens der einzelnen Farben inbezug auf ihr Gesichtsfeld. Während normal das Gesichtsfeld für blau und gelb grösser ist als für rot und violett, kann sich dies Verhältnis umkehren, sodass das Gesichtsfeld für rot grösser wird als für blau und gelb. In anderen Fällen ist das Gesichtsfeld für alle Farben eingeschränkt, die Ausdehnung der einzelnen Gesichtsfelder bleibt aber in ihrer normalen Reihenfolge Dann kommt es dabei natürlich zuerst zum Verlust derjenigen Farbe, die schon in der Norm das engste Gesichtsfeld hat, also violett wird zuerst verloren gehen. Unter

unseren Fällen wurde concentrische Gesichtsfeldeinengung beiderseits und ausserdem auf dem linken Auge besonders für rot zweimal beobachtet (Valentin R. u. Antonie S.).

Von den Störungen der Verdauungsorgane wurde Erbrechen in einem Fall, Obstipation etc. öfter beobachtet. Weiterhin sind Fälle von Blutbrechen (Henoch) und von Anorexie, die bis zum Hungertode führen kann, wie ein von Bruns mitgeteilter Fall zeigt, beschrieben worden.

Das psychische Verhalten der Kinder bot in unseren Fällen, natürlich abgesehen von denen, wo rein psychische Symptome die Krankheit ausmachen, wenig Charakteristisches. Zuweilen waren die Kinder launenhaft, manchmal leicht reizbar und weinerlicher Stimmung, meistens aber waren sie artig und verträglich, boten überhaupt wenig Besonderes. Bei den meisten war die Intelligenz mindestens normal entwickelt.

Von den psychischen Störungen ist zunächst die Trübung des Bewusstseins während der Anfälle zu nennen; sie geht zwar niemals wie bei der Epilepsie bis zur vollständigen Bewusstlosigkeit, kann aber doch sehr stark sein, wie auch aus den unten beschriebenen Fällen hervorgeht. Die Bewusstseinsstörung kann an sich schon den Anfall ausmachen, dann finden sich häufig Phantasieen, grosse Erregbarkeit, Delirien mit meist persecutorischem Inhalt, wie sie sich auch bei der Hysterie der Erwachsenen zeigen und im hysterischen Irresein eine grosse Rolle spielen. Dabei kommen vollkommene Gesichts- und Gehörshallucinationen vor.

In einem unserer Fälle trat kurz nach dem Ausbruch der Hysterie bei dem sehr intelligenten Kinde eine hochgradige Gedächtnisschwäche ein.

Ferner gehören hierher die Anfälle von Schlafsucht, von Pavor nocturnus und diurnus, Trübungen des Bewusstseins derart, dass die Patienten wie im Schlafe herumgehen, dabei oft unverständliche Worte vor sich hinmurmeln, also wohl mit ihren Delirien beschäftigt sind.

Die zuweilen beobachteten Blasenstörungen, Harnverhaltung, die trophischen Störungen an der Haut, Ödeme etc. sollen bei Kindern selten vorkommen (Bruns), die Ödeme sind dabei wohl in den allermeisten Fällen rein mechanisch durch Contractur etc. entstanden zu er-

klären. Die bei Erwachsenen häufig beobachteten Verletzungen, die gewöhnlich von den Kranken selbst veranlasst sind, werden bei Kindern selten getroffen, da deren Furcht vor Verletzungen ihres Körpers weit grösser zu sein pflegt als bei Erwachsenen und den Drang, aufzufallen und sich interessant zu machen, überwiegt.

An dieser Stelle sei kurz die Simulation erwähnt, die teilweise auch als Symptom der Hysterie gelten kann. Abgesehen davon, dass hysterische Symptome häufig absichtlich simuliert werden, um einen bestimmten Zweck zu erreichen, wird häufig bei wirklich vorhandener Hysterie noch mancherlei hinzusimuliert, ohne dass dabei irgend ein bestimmter Zweck verfolgt wird. Hier ist es nur das Bestreben, sich interessant zu machen, das die Patienten leitet. Es wurde eben schon erwähnt, dass die grobe Simulation, wie sie bei Erwachsenen vorkommt und zu oft recht schmerzhaften Verletzungen führt, im ganzen bei Kindern selten ist, dagegen bringt die sehr regsame Phantasie der Kinder, sowie der bei jedem Kinde vorhandene Hang aufzufallen und die eigene Person in den Vordergrund zu stellen, oft eine Übertreibung vorhandener oder Erfindung neuer Krankheitserscheinungen zustande. Diese Sucht, sich interessant zu machen, ist bei hysterischen Kindern, denen ja der hemmende Einfluss des Willens, den gesunde Kinder besitzen, fehlt, besonders gross, sie gefallen sich in der Rolle des interessanten Kranken und suchen sie möglichst glänzend zu gestalten. Liegt die Erziehung solcher Kinder, wie sehr häufig, in der Hand schwacher Eltern, wird jede Klage des verzogenen Kindes mit einem Übermass von Bedauern und Teilnahme aufgenommen, so lernt das Kind bald sich dadurch kleine Vorteile zu verschaffen, die Schule versäumen zu dürfen etc., und zu der mehr weniger unbewussten kommt die bewusste Simulation. Solche Kinder sind auch, wie Bruns bemerkt, durchaus nicht dankbar, wenn sie von ihren krankhaften Zuständen geheilt werden, sie sehen dann, dass sie für ihre Umgebung kein besonderes Interesse mehr bieten und das gefällt ihnen anfangs nicht. Dass grade dieser Punkt eine Rolle bei der Isoliermethode spielt, soll weiter unten erörtert werden.

Hierher gehört auch das bei hysterischen Kindern

häufig zu beobachtende scheinbare Lügen. Die Kinder sind sich der Lüge als solcher dabei nicht bewusst, sondern ihre überaus üppige Phantasie, die grosse Erregbarkeit des Vorstellens, lassen sie Dinge als wirklich geschehen betrachten, die nur in ihrer Traumwelt vorhanden sind. Diese leichte Erregbarkeit des Vorstellens erregt ferner eine übermässige Furcht vor Strafe oder sonst ihnen unangenehmen Dingen, weil ihre Phantasie ihnen das zu erwartende viel schlimmer ausmalt, als es in Wirklichkeit ist, und um ihm zu entgehen, kommt es zur Simulation, oder zuweilen auch zu anderen wirklichen hysterischen Erscheinungen; so sind Fälle beobachtet worden (Bruns), wo die Kinder Anfälle von halbseitigen Convulsionen grade dann bekamen, wenn sie sich anziehen und zur Schule gehen sollten. Die Angst vor der Schule wirkt hier wie sonst ein plötzlicher Schreck etc. als psychisches Trauma und löst als solches den hysterischen Anfall aus.

Über die Prognose der infantilen Hysterie sind die Ansichten sehr verschieden. Während Henoch, Charcot, Weiss, Gilles de la Tourette u. a. die Krankheit für leicht zu heilen und vorübergehend halten, bezeichnen Emminghaus, Jolly und Briquet die Krankheit als hartnäckig und Greffier und Duvoisin stellen eine direct ungünstige Prognose. Strümpell macht die Prognose abhängig von dem Zustande des Nervensystems, „ist das abnorm erregbare, sich stets nur im labilen Gleichgewicht befindende Nervensystem nicht mehr zu beseitigen", so ist die Aussicht auf Heilung schlecht. Dieser für Erwachsene ausgesprochene Satz gilt auch für Kinder, indessen ist bei diesen doch noch leichter eine Erstarkung des Nervensystems denkbar, vorausgesetzt, dass die schädigenden Ursachen entfernt werden können, und die Schwäche des Nervensystems nicht angeboren ist. Charcot, cit. nach Steiner, äussert seine Ansicht dahin, dass das kindliche Gehirn, weil noch in voller Entwicklung begriffen, Eindrücke, wenn sie auch noch so lebhaft empfunden werden, meist doch, wenn sie sich nicht sehr häufen, ausgleichen kann, ohne dauernde Spuren davon zu behalten; die pathologischen Eindrücke werden noch leicht ausgeglichen und durch einen regeren Stoffwechsel rasch wett gemacht, zumal ja der grössere Wasserreich-

tum und die grössere Weichheit des kindlichen Gehirns den Stoffwechsel erheblich begünstigen.

Auch hier ist also mehr von den Fällen die Rede, bei denen äussere Verhältnisse die zur Hysterie führende Schwäche des Nervensystems erzeugt haben, letztere aber nicht auf neuropathischer Belastung beruht.

Nervöse Belastung macht die Prognose ungünstig, was auch mit der Angabe Duvoisins übereinstimmt, der von 11 Kranken nur einen dauernd geheilt fand, der aus gesunder Familie stammte.

Bei der Diagnose der Hysterie ist vor allem eine organische Erkrankung auszuschliessen, die die vorhandenen Symptome erklären könnte, und im allgemeinen „sind nur solche Symptome als hysterische anzuerkennen, die auch willkürlich hervorgerufen werden können, die im anderen Falle also auch simuliert werden können“ (Bruns). Ferner ist daran zu denken, dass die Hysterie sich nicht an die anatomischen Verhältnisse kehrt, sondern vielmehr höchstens ganz grob an die einzelnen Körperteile hält.

Es giebt bei der Hysterie allerdings Symptome, die sich nicht willkürlich hervorrufen lassen, wie z. B. die oben erwähnten Ödeme und Muskelatrophieen. Für erstere wurde schon oben gesagt, dass sie eine rein mechanische Folge anderer hysterischer Symptome, z. B. der Contractur sind, letztere sind als einfache Inactivitätsatrophieen aufzufassen. Dem hysterischen Fieber und den trophischen Störungen der Haut stehen die meisten Autoren sehr skeptisch gegenüber, fast immer lässt sich bei genauer Beobachtung eine willkürliche Manipulation der Kranken nachweisen, die diese Erscheinungen erklärt. Sehr oft tragen die hysterischen Symptome den Stempel als solche gradezu an der Stirn, z. B. wenn es sich nur um Störung ganz bestimmter Functionen handelt, wie der oben erwähnte Fall, dass wohl das Sprechen, aber nicht das Singen aufgehoben ist. Andererseits wird man selbstverständlich nicht eine Stauungspapille, vollständige Entartungsreaction und ähnliches für hysterisch halten. Ferner spricht die Möglichkeit, die Erscheinungen auf psychischem Wege zu beeinflussen, für Hysterie.

Gilles de la Tourette und Chatelineau haben eine

sogenannte chemische Formel der Hysterie aufgestellt. Im hysterischen Paroxysmus ändert sich die Zusammensetzung des Urins, und das zeigt sich in einer Verminderung des Harnstoffs und der festen Rückstände, ferner in einer Veränderung des Verhältnisses der phosphorsauren Erden zu den phosphorsauren Alkalien. Dies Verhältnis ist in der Norm 1 : 3 und verändert sich zu 1 : 2 oder 1 : 1.

Die Unterscheidung der Hysterie von der Epilepsie geschieht nach denselben Regeln wie beim Erwachsenen, zu achten ist namentlich auf die nicht vollständige Aufhebung des Bewusstseins, das Fehlen von Verletzungen, die Erhaltung der Pupillenreaction, die Möglichkeit der Suggestion.

Im folgenden sollen 9 Fälle von Hysteria infantilis, die in der Kinderklinik der Kgl. Charité zur Beobachtung kamen, besprochen werden.

Der erste Fall betrifft ein 10jähriges Mädchen, Gertrud W., das in der ersten Jugend stark rhachitisch gewesen ist und dessen Eltern an Lungenphthise gestorben sind. Ein Jahr vor der jetzigen Krankheit war sie an Scarlatina erkrankt und hat 9 Wochen im Krankenhause zugebracht.

Vor 4 Jahren fiel der Pflegemutter zuerst eine starke Erregbarkeit des Kindes auf, die sich namentlich abends im Bette zeigte, wobei das Kind unruhig und verwirrt wurde, oft auch bekannte Personen nicht erkennen konnte.

Dabei klagte sie viel über Kopfschmerzen und Zittern in den Händen, das sie zeitweilig am Schreiben hinderte. Bald darauf Krampfanfälle von $^1/_2$—3 Stunden Dauer, die in Intervallen von 1—6 Monaten auftraten; das Bewusstsein ist dabei stark getrübt, dann plötzliches Erwachen, starke Müdigkeit und dumpfes Gefühl im Kopfe. Die Krämpfe künden sich durch ein Schwindelgefühl an. Während der Anfallsperioden Klagen über Schmerzen im ganzen Körper, besonders im Unterleib und der Leistengegend.

Die Intelligenz ist sehr gut, sie ist schnell in der Schule vorwärts gekommen, verträgt aber kein langes Arbeiten. Stets war sie heiser und konnte deshalb nicht singen, weswegen sie in der Schule geschlagen wurde.

Seitdem enorme Erregbarkeit, täglich ein Krampfanfall, hochgradige Gedächtnisschwäche und Zerstreutheit.

Links und rechts vom Nabel Druckschmerz, ebenso in der Leistengegend. Ernährungszustand gut, etwas anämisch. Der Appetit ist sehr gut, Stuhl ist angehalten und die Defäcation schmerzhaft. Die Stimmbänder klaffen bei der Phonation, das rechte ist schlaffer als das linke.

Während des Aufenthalts in der Charité vom 9. III. bis 17. VI. 96 hat sie eine Angina und ziemlich hartnäckige Psoriasis durchgemacht; in zwei auf einander folgenden Nächten zeigten sich Zustände acuter Verwirrtheit, zuweilen war Patientin sehr launenhaft, leicht erregt und in weinerlicher Stimmung, im allgemeinen aber war sie munter und zeigte ein psychisch normales Verhalten. Die Heiserkeit besserte sich allmählich bedeutend, so dass die Stimme nur noch etwas rauh klingt. Die medicamentöse Therapie bezog sich im wesentlichen nur auf die beiden genannten Nebenkrankheiten, ausserdem wurde noch etwas Tinctura Valerian. gegeben.

Die Ätiologie des Falles ist abgesehen von der letzten Attaque, die durch die starke Aufregung, Züchtigung in der Schule leicht zu erklären ist, nicht ganz deutlich.

Sicher liegt hier ein schwaches Nervensystem vor, und zwar jedenfalls angeboren.

Die Rhachitis könnte als schwächendes Moment gelten, aber das Kind hat sich trotz derselben körperlich recht gut entwickelt, und auch die leichte Anämie reicht nicht aus, die Schwäche des Nervensystems zu erklären. Vielmehr ist ein widerstandsloses Nervensystem als angeboren anzunehmen, eine Annahme, die noch dadurch gestützt wird, dass beide Eltern tuberculös waren, und die Tuberculose der Eltern, wie oben ausgeführt, oft nervöse Belastung zur Folge hat.

Hier mag auch noch der Umstand mitsprechen, dass das Kind früh verwaist ist und das meist trübe Leben der Pflegekinder geführt hat.

Die Symptome, die die Pat. bietet, entsprechen dem Bilde der kindlichen Hysterie. Neben hauptsächlich psychischen Erscheinungen sind einzelne Symptome, Klaffen der Stimmbänder, Zittern (und Stuhlverstopfung?)

vorhanden, periodisch zeigen sich Anfälle von Convulsionen, und nur die letzte starke Erregung hat die Erscheinungen stark gesteigert.

Während des Aufenthalts im Krankenhause bildeten sich die Symptome zurück, ein Erfolg, der sicher auf die Isolierung der Patientin zu beziehen ist, von der weiter unten die Rede sein soll.

Für die Prognose ist die Annahme massgebend, dass es sich hier um angeborene Schwäche des Nervensystems handelt, das auch in Zukunft die Patientin widerstandslos gegen psychische Traumen machen und sie leicht neuen Ausbrüchen der Hysterie aussetzen wird.

Herrmann Sch., 10 J., stammt von gesunden Eltern, hat 3 gesunde Geschwister, hat vor 3 Jahren Masern gehabt und soll vor 5 Jahren nach einem Fall auf den Hinterkopf Gehirnentzündung (?) durchgemacht haben. Danach soll er noch einige Male Anfälle mit Fieber und Bewusstseinsstörung gehabt haben. Im September 1895 wurde er plötzlich beim Waschen ohnmächtig, schlief dann viel und bekam abends einen Angstanfall mit Verfolgungsideen, wobei auch Fieber vorhanden gewesen sein soll. Am 2. XII. 95 trat starkes Herzklopfen und Kopfschmerz, namentlich im Hinterkopf ein, dem ein Anfall von Bewusstseinsstörung mit persecutorischen Delirien folgte. Er sah schwarze Männer und suchte Schutz bei Engeln, war sehr unruhig und schlug um sich. In den ersten 8 Tagen wiederholten sich die Anfälle täglich, dann hat er bis zur Aufnahme in die Charité nur noch 2 Anfälle gehabt, wobei er mehr schlaftrunken als unruhig erschien.

Der Knabe ist gut entwickelt, alle Organe sind normal, nur erscheint der erste Herzton etwas dumpf. Sonst ergiebt die Untersuchung nichts Abnormes.

Am 23. XII. bekam er in der Charité einen Anfall mit starkem Herzklopfen und Kopfschmerzen, verlor das Bewusstsein, sah allerlei Gestalten, lief umher und schwatzte unzusammenhängendes Zeug, hatte aber keine Krämpfe. Am 29. XII. wiederholte sich der Anfall, nur mit dem Unterschied, dass der Knabe um sich schlug, um verschiedene Gestalten, die er sah, von sich abzuwehren. Dann Wohlbefinden bis zum 14. I. 96, wo er entlassen wurde.

Der Fall ist wohl zweifellos als Hysterie aufzufassen

und zwar prävalieren auch hier wie in dem vorigen Fall die psychischen Symptome, er gehört also unter die erste Rubrik der Einteilung von Henoch. Die persecutorischen Delirien sind ganz gewöhnlich dabei und kehren auch bei der Hysterie der Erwachsenen wieder (vgl. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie, Hysterisches Irresein). Die Anfälle kündigten sich hier ebenso wie in dem vorigen Falle durch eine deutliche Aura an, die in Kopfschmerzen und Präcordialangst, die wohl auf Beteiligung der vasomotorischen Sphäre zu beziehen ist, bestand.

Für die Prognose ist von dem jedenfalls labilen Gleichgewicht der psychischen Functionen, der krankhaft gesteigerten Phantasie auszugehen. Ob sich diese Schwäche des Nervensystems wird beseitigen lassen, ist zweifelhaft. Henoch berichtet allerdings, dass er diese Fälle, wenn auch erst nach Jahren, so doch stets habe heilen sehen, falls nicht ein diagnostischer Irrtum vorlag, und es sich um epileptische Affectionen handelte. Wie schon oben erwähnt, sind andere Autoren, Jolly etc. anderer Ansicht in dieser Beziehung. Günstig für die Prognose ist, dass keinerlei neuropathische Belastung vorzuliegen scheint. Über die Entstehung der Krankheit war nichts Sicheres zu eruieren, die Eltern leiten sie von der Gehirnentzündung (?) ab. Die Therapie bestand auch hier hauptsächlich in der Isolierung.

Margarethe B., 9 J. 9 M. Vater gesund, die Mutter litt vor einem Jahr an nervösem Zucken der linken Gesichtshälfte, ein Kind ist im Alter von 1 Jahr plötzlich an Stimmritzenkrampf gestorben. Patientin hat sich normal entwickelt, Masern, Scharlach, Lungenentzündung und Gehirnentzündung (?) durchgemacht. 4 Wochen vor ihrer Aufnahme wurde sie streng bestraft, danach stellten sich Weinkrämpfe ein mit starker Trübung des Bewusstseins, den Krämpfen gingen Kopfschmerzen voraus und folgten ihnen. In den letzten 3 Wochen zeigten sich wiederholt Ohnmachtsanfälle mit folgenden Krämpfen der gesamten Körpermusculatur von 2 Stunden Dauer, manchmal folgten sie erst $1^1/_2$ Stunden nach der Ohnmacht, zuweilen fehlte diese ganz. Dabei Delirien und nachher Kopfschmerzen, namentlich im Hinterkopf, Mattigkeit, Hyperalgesie. Dreimal zeigten sich nach diesen Anfällen Schmerzen von der Brust zum Halse aufsteigend,

verbunden mit starker Atemnot. Einmal konnte das Kind 1 Stunde lang nach dem Anfall nicht sprechen. Sie hat oft Leibschmerzenn und Stuhlverstopfung.

Patientin ist ein ihrem Alter gemäss entwickeltes Mädchen, etwas gracil gebaut, die inneren Organe sind normal. Die Untersuchung der Sensibilität ergiebt Hyperästhesie auf der ganzen rechten Körperhälfte, unterhalb der rechten Mamille und an der unteren Hälfte der Radialseite des rechten Vorderarmes Anästhesie und Analgesie. Links Hyperästhesie. Steigerung und Herabsetzung der Sensibilität ist mit Ausnahme der ganz unempfindlichen Stellen suggerirbar. Die Reflexe sind erhöht, Fussklonus ist vorhanden. Das Sensorium ist frei, ebenso das Gesichtsfeld, die Pupillen reagieren, auf beiden Seiten der Zunge wird sauer nicht geschmeckt. Das Gehör ist links schlechter als rechts. Durch Suggestion lässt sich die Stimme des Kindes ganz aphonisch machen.

Am 9. XII. klagt Patientin über starke Schmerzen in der linken Gesichtshälfte, auf den Einspruch, dass sie auch nicht sprechen könne, wird sie stumm, verlangt durch Gebärden zu Bett gebracht zu werden, schluchzt. Beim Entkleiden treten klonische Krämpfe der oberen Extremitäten auf, die im Bett auch auf die unteren übergreifen. Mit starker Faradisation des Kehlkopfs ist keine Sprache zu erzielen. Anästhesie nur an der Radialseite des rechten Vorderarms, 15 Minuten später hier und am ganzen Körper Hyperästhesie. Auf energisches Zureden, dass sie schlafen solle, hören die Zuckungen auf. Am nächsten Morgen ist das Kind sehr munter, sie giebt an, sie habe gestern nicht sprechen können, weil ihr eine Kugel auf der Luftröhre gelegen habe.

Die Behandlung besteht in der Isolierung, ausserdem wird Tinct. Val. gegeben. Am 30. XII. entlassen, nachdem sich das Kind in der letzten Zeit ganz normal verhielt.

Eine gewisse nervöse Belastung ist auch in diesem Falle nicht auszuschliessen, ausserdem hat Patientin schwere Infectionskrankheiten durchgemacht, die eine Schwächung des Nervensystems herbeigeführt haben können.

Das auslösende Moment ist hier die starke Gemütserregung (Bestrafung) gewesen. Der Umstand, dass sich vor diesem psychischen Trauma keine hysterischen Er-

scheinungen gezeigt haben und dieselben auch nach relativ kurzer Zeit wieder aufgehört haben, berechtigt zu der Annahme, dass Patientin auch in Zukunft von der Hysterie verschont bleibt, falls stärkere psychische Attaquen zunächst wenigstens ausbleiben. Ob sich das Nervensystem mit der Zeit soweit kräftigen wird, um auch stärkeren Erregungen standzuhalten, bleibt immerhin zweifelhaft. Die psychischen Erscheinungen treten in diesem Fall mehr in den Hintergrund, das Krankheitsbild wird mehr von den convulsivischen Erscheinungen beherrscht, wäre also in die II. Kategorie der Henochschen Einteilung zu setzen.

Bemerkenswert sind die bei Kindern nicht grade häufigen ausgeprägten Sensibilitätsstörungen, die sehr starke Erhöhung der Reflexerregbarkeit und das sehr stark ausgeprägte Globusgefühl, das zusammen mit den klonischen Krämpfen des Diaphragma die Convulsionen einleitete. Der Krampf der Kehlkopfmusculatur ist dabei so stark gewesen, dass er dem Kinde die Sprache raubte, was also hier nicht durch eine Lähmung, sondern durch einen Krampf zu erklären ist.

Anna P., 10 Jahre alt. Eltern und 12 Geschwister sind gesund, sie ist selbst stets gesund gewesen.

Am Tage vor der Aufnahme hat sich Pat. in einem dumpfen, übermässig heissen Zimmer längere Zeit aufgehalten, ist dann ins Freie gegangen und hat sich beim Spielen stark den Kopf an einer Mauer gestossen, bekam dann Kopfschmerzen, Zittern an Händen und Füssen, konnte sich nur mühsam nach Hause schleppen. Die Sprache wurde matt und war am nächsten Tage aufgehoben. Das Zittern nahm zu, bald wurde Stehen und Gehen unmöglich. Delirien waren nicht da, und das Bewusstsein war stets erhalten.

Das Kind ist ein sehr gut entwickeltes, kräftiges Mädchen, die inneren Organe bieten abgesehen von etwas unregelmässiger Herzaction nichts Besonderes. Das Kind liegt in activer Rückenlage, weint, wenn man sie anredet, kann nicht sprechen bei anscheinend erhaltener Intonationsfähigkeit, nur das Wort „Kopf“ kann gesprochen werden, aber auch nicht exspiratorisch, sondern mit einem inspiratorischen Seufzer. Die Sensibilität ist erhalten, die Schmerzempfindung erhöht. Die Zunge wird ruck-

weise zitternd vorgestreckt, die Wirbelsäule ist grade und nicht druckempfindlich. Beim Versuch, die Glieder zu bewegen, geraten sie in grossschlägigen Tremor, der durch die Willensaction verstärkt wird. Stehen und Gehen ist unmöglich, die Bewegungen in allen Gelenken sind gehemmt, so dass z. B. das Knie nur bis zu einem stumpfen Winkel gebeugt werden kann.

Die Einführung des Kehlkopfspiegels stellt die Sprache wieder her. Die Anwendung der Faradisation erregt lebhafte Schmerzen. Bald danach hört das Zittern auf, die Bewegungen geschehen zwar noch matt, Patientin kann aber aufstehen und gehen. Während des Aufenthalts in der Charité vom 26. VIII. bis 10. X. hat sich nur noch einmal Aussetzen der Sprache und starkes Zittern wiederholt, sonst körperliches und psychisches Wohlbefinden.

In diesem Fall lässt sich hereditär nichts nachweisen, überhaupt bleibt es unklar, ob hier eine Anlage zu hysterischer Erkrankung vorhanden, und woher dieselbe gekommen ist.

Der Beginn der Erkrankung charakterisiert dieselbe als sogenannte traumatische Neurose. Die Erschütterung, die das Gehirn infolge des Stosses gegen den Kopf erlitten haben könnte, ist wohl kaum verantwortlich zu machen, dagegen hat der Schreck, den das Kind bei der Verletzung empfunden hat, den hauptsächlichsten Anteil an der Entstehung des Leidens.

Die Symptome, die das Kind bietet, Hyperalgesie, Aphasie, Muskelspannungen, Zittern, trübe, weinerliche Stimmung, in der sich die fortwährende hypochondrische Beschäftigung mit dem erlittenen Unfall wiederspiegelt, entsprechen dem Bilde der traumatischen Neurosen.

Für die Prognose kommt in Betracht, dass traumatische Neurosen oft ausserordentlich hartnäckig sein und selbst jahrelang nicht ganz verschwinden können, andrerseits ist hier die Krankheit sehr frühzeitig in Behandlung gekommen und eine entschiedene Besserung eingetreten. Eine Neigung zu hysterischen Affectionen wird wohl freilich bestehen bleiben, denn ohne eine solche hätte wohl auch die jetzige leichte Verletzung nicht so schwere Symptome hervorrufen können.

Die Therapie bestand neben Tinct. Val. in der Isolierung und der erwähnten Faradisation etc.

Das Krankheitsbild wird beherrscht durch die psychische Störung und namentlich die motorischen Reizerscheinungen, so dass es am besten der II. Kategorie der Henochschen Einteilung einzureihen wäre.

Antonie S., 10 Jahre, stammt von gesunden Eltern, doch ist die Mutter leicht aufregbar. Das Kind ist ausser Masern stets gesund gewesen, war aber von erster Jugend an „nervös", weinte oft ohne Grund. Vor 3 Wochen bekam sie zum ersten Male einen Anfall mit Krämpfen und Bewusstseinsstörung, für den der Vater als Grund angiebt, dass sie beim Baden von einer Freundin die Stufen hinuntergestossen wurde, 14 Tage vor dem Anfall. Am Abend desselben Tages wiederholte sich der Anfall in gleicher Weise, wobei auch Schreien, Singen und Weinen abwechselnd beobachtet wurde. In der letzten Zeit war das Kind blass und magerte ab, hatte viel Kopfschmerzen, bis zur Nacht vor der Aufnahme, aber keinen Anfall mehr, in dieser Nacht 2 Anfälle.

Pat. ist ihrem Alter entsprechend entwickelt, gut genährt. Organe sind normal, das Sensorium ist frei, zuweilen weint sie, angeblich wegen Kopfschmerzen. Die Intelligenz ist sehr gut, keinerlei motorische Störungen, Pupillen reagieren, Patellarreflex beiderseits sehr lebhaft, Achillessehnenreflex vorhanden, Fussklonus fehlt, Bauchdeckenreflex lebhaft. Auf dem Kopf findet sich in der Mittellinie 3 cm von der vorderen Haargrenze beginnend eine 4 cm breite und 16 cm lange Zone, die auf Druck in ganz scharfen Grenzen schmerzhaft ist; sonst ist die Sensibilität am ganzen Körper in allen ihren Qualitäten normal, ebenso Geruch, Geschmack, Gehör. Wirbelsäule nicht druckempfindlich. Augen zeigen: R. H. + 2 D, S = $^3/_4$; L. H. + 3 D, S = $^3/_{20}$. Das Gesichtsfeld des linken Auges ist für weisses Licht von unten her eingeengt. Die Druckempfindlichkeit auf dem Scheitel verschwand wenige Tage nach dem Aufenthalt im Krankenhause, auch haben sich die Anfälle nicht wiederholt, die sie bereits am 1. Tage im Krankenhause auf ärztlichen Befehl verlor, nur klagt sie zuweilen über Kopfschmerzen. Das Körper-

gewicht hat sich während des Aufenthalts bedeutend gehoben.

Die Hysterie hat sich hier namentlich in convulsivischer Form, II. Kategorie von Henoch, gezeigt, daneben bestanden Bewusstseinsstörungen und als Symptom in der anfallsfreien Zeit eine locale Hyperästhesie und eventuell Kopfschmerzen, sowie erhöhte Reflexerregbarkeit.

Entstanden ist die Krankheit auf der Basis eines von Geburt an schwachen Nervensystems, ausgelöst durch irgend welche äusseren Momente, wozu vielleicht auch der 14 Tage vor dem ersten Auftreten erlittene Schreck gezählt werden kann.

Die Symptome wichen leicht einem Aufenthalt im Krankenhause, aber eine Neigung zu hysterischen Affectionen wird bei dem einmal vorhandenen schwachen Nervensystem wohl zurückbleiben.

Margarethe Sch., 8 Jahre. Die Mutter war nervenleidend und ist vor 5 Jahren an Tuberculose gestorben, der Vater ist tuberculös. Mit 2 Jahren fiel sie von der Treppe, hatte dann jahrelang viel Kopfschmerz. Sie war immer blass, unaufmerksam in der Schule, wild und streitsüchtig beim Spiel, sonst aber folgsam. Am 28. III. 1896 war sie zuerst nicht aus dem Schlaf zu erwecken, derartige Anfälle wiederholten sich öfter. Nach Begiessen mit Wasser erwacht das Kind, seufzt auf. Am Tage zeigt sich keine Schlafsucht, dagegen macht das Kind ganz unmotiviert tanzende übertriebene Bewegungen, wirft plötzlich auf der Strasse die Arme in die Luft.

Das Kind ist gut entwickelt, hat sehr guten Appetit, die Organe sind normal. Sensibilitätsstörungen sind kaum nachzuweisen, die hintere Rachenwand ist etwas unempfindlich. Der Patellarreflex ist gesteigert, kein Fussklonus, Pupillen reagieren, Gesichtsfeld frei. Der Gang hat etwas Zappliges, Gemachtes, die Stimmung ist übermütig, übertrieben heiter. Alle Bewegungen sind exaltiert. Sonst nichts Besonderes. Geheilt entlassen. 19. VII. Therapie mit Isolierung. — In diesem Fall ist die nervöse Belastung ganz unzweifelhaft, ausserdem ist Tuberculose in der Familie. Die Äusserungen der Hysterie zeigen sich hier in leichten Anfällen von Schlafsucht und namentlich in den eigentümlichen exaltierten Bewegungen, die eine Andeutung der als Chorea magna

bezeichneten Affection bilden und unter die III. Rubrik der Henochschen Einteilung zu setzen wären.

Der Gedanke an Simulation liegt hier nahe und es mögen auch wohl die übertriebenen Bewegungen teilweise in der Absicht aufzufallen entstanden sein, aber grade dieses affectierte Benehmen ist seinerseits durchaus auf Rechnung der Hysterie zu setzen, da, wie schon oben hervorgehoben, der Hang aufzufallen, bei hysterischen Kindern besonders gross ist.

Bisher sind die eingetretenen Erscheinungen wenig bedeutend gewesen, aber es ist natürlich möglich, dass später andere bedenklichere Symptome hervortreten, da ein zu hysterischer Erkrankung prädisponiertes Nervensystem wegen der vorhandenen starken nervösen Belastung sicher anzunehmen ist.

Anna B., 12 Jahre alt, stammt von gesunden Eltern, 5 Geschwister sind gesund; Pat. ist ausser an Masern, die sie im 3. oder 4. Lebensjahre durchgemacht hat, nicht ernstlich krank gewesen, bekommt aber öfter leichte Angina. Sie war stets blass. Ende Juni 1896 klagte sie, als sie aus der Schule nach Hause kam, über Kopfschmerzen, Mattigkeit im ganzen Körper, verlor dann bald den Appetit und bekam Stuhlverstopfung. Sie blieb zu Hause, lag aber nicht fest im Bett und war gegen äussere Eindrücke sehr empfindlich. Nach 5—6 Wochen, in denen sich trotz ärztlicher Behandlung keinerlei Besserung zeigte, klagte sie nachts besonders über Schmerzen in der linken Hüfte und schlief infolge dessen schlecht; sie fing an zu hinken, hatte Schmerzen beim Gehen und ging deswegen wenig. Rötung und Schwellung der Hüfte wurde nicht beobachtet, die Schmerzhaftigkeit liess allmählich nach und war seit Ende September ganz verschwunden. Die übrigen Symptome blieben in periodisch wechselnder Intensität bis jetzt bestehen. Pat. ist ein gut entwickeltes und genährtes Mädchen von etwas gracilem Körperbau. An den Organen ist nichts Abnormes nachzuweisen, der Gang ist hinkend, das linke Bein wird steif gehalten. Die Wirbelsäule ist gerade und nicht druckempfindlich, das Becken steht horizontal, Trochanter major in der Roser-Nelatonschen Linie, sämtliche Bewegungen im linken Hüftgelenk sind frei, kein Druckschmerz. Die rohe Kraft

des linken Beines ist herabgesetzt. Bei starker Beugung wird zuerst das Becken ein wenig mit verschoben, scheinbar willkürlich durch Widerstand der Patientin, bei weiteren Beugungen nicht mehr. Am Ober- und Unterschenkel rechts und links keine messbaren Differenzen im Umfang.

Die elektrische Untersuchung ergiebt:

Nervus cruralis links 20 Elemente.

KSZ —	ASZ schwächer
AOZ deutlich	KOZ —

Nervus peroneus links 15 Elemente.

KSZ sehr stark	ASZ schwächer als KSZ
KOZ —	AOZ stärker als KSZ

Nervus cruralis rechts 20 Elemente.

KSZ stark	ASZ schwächer als KSZ
KOZ —	AOZ ganz schwach

Nervus peroneus rechts 15 Elemente.

KSZ stark	ASZ schwächer als KSZ
KOZ —	AOZ beinahe wie KSZ

Faradische Prüfung: Deutliche Reaction aller Muskeln. Sinnesorgane normal.

Das linke Bein scheint um $1^1/_2$ cm verlängert. Während des Aufenthalts in der Charité klagt das Kind öfter über Kopfschmerzen und Verstopfung. Patientin wird täglich faradisiert, hinkt nach einiger Zeit nicht mehr, wenn sie unbeobachtet ist; nach der Faradisation übertreibt sie das Hinken und behauptet, vor Schmerzen kaum gehen zu können. Die tägliche Faradisation wird fortgesetzt, bis zum 27. Tinct. Valer. gegeben, dann heisse Bäder. Bei einer später am 15. IV. angestellten Untersuchung wird beiderseits normale Erregbarkeit gefunden. Die Reflexe sind vorhanden, leichte Andeutung von Fussklonus.

Die Untersuchung mit X-Strahlen lässt nichts Krankhaftes an dem Gelenk erkennen. Das Kind leidet an leichter Anämie und bekommt Liq. ferr. alb. Drees.

In diesem Falle ist über die Ursache und den genauen Beginn der Erkrankung nichts bekannt; sie hat

sich allmählich entwickelt und sich im wesentlichen unter dem Bilde einer Gelenkneurose abgespielt.

Dass es sich hier nicht um eine organische Erkrankung des Gelenks handeln kann, ist sicher. Hysterische Coxitis kann sich, wie namentlich die von Charcot mitgeteilten Fälle lehren, noch viel mehr an das Bild der organischen Entzündung anlehnen als in unserem Falle; hier haben nach kurzer Zeit die anfänglichen Schmerzen nachgelassen, die Beweglichkeit war auch ohne Narkose frei, und nur die Herabsetzung der rohen Kraft, die Verlängerung des Beines und die erste elektrische Untersuchung könnten an eine organische Erkrankung denken lassen. Alle drei Symptome lassen sich aber vollkommen durch die lange Unthätigkeit der linken unteren Extremität erklären; die Muskeln und Nerven haben eine gewisse Inactivitätsatrophie erlitten und zeigen deshalb die Andeutungen der partiellen Entartungsreaction, die Muskeln sind aus demselben Grunde schwach und schlaff geworden, und das linke Bein erscheint länger als das rechte, das unter dem normal kräftigen Muskeltonus steht.

Beweisend für die hysterische Natur der Symptome ist die Thatsache, dass die Patientin unbeobachtet ganz gut gehen und beim Spielen auch laufen konnte und nach der ihr jedenfalls sehr unangenehmen Faradisation übertrieb. Schliesslich ist die Untersuchung mit X-Strahlen noch ein weiterer Beweis, dass das Gelenk frei von organischen Veränderungen ist, sodass auch eine Combination von wahrer Coxitis mit Hysterie, wie sie in 3 von Charcot mitgeteilten Fällen vorhanden war, auszuschliessen ist.

Eine hysterische Disposition ist hier sicher anzunehmen und es ist zweifelhaft, ob sich dieselbe verlieren wird, dagegen ist darauf zu rechnen, dass die Gelenkneurose, soweit noch vorhanden, zurückgehen wird.

Als vorwiegend neuralgische Störung wäre der Fall unter die IV. Rubrik der Henochschen Einteilung zu setzen.

Valentin R., 12 Jahre, stammt von gesunden Eltern, scheint in der Jugend etwas rhachitisch gewesen zu sein, war aber sonst nie krank. Die jetzige Krankheit begann unter dem Bilde einer starken Erkältung (In-

fluenza?), in der Reconvalescenz stellte sich Schwäche der Beine ein, die bald in vollständige Paraplegie überging. Im Anfang hatte Pat. stechende Schmerzen an der Innenseite der Unterschenkel. Sehr häufig Erbrechen, beinahe nach jeder Mahlzeit. Bei der Aufnahme findet sich an den inneren Organen nichts, Sensibilität in allen Qualitäten erhalten, Sinnesnerven functionieren gut (vgl. aber die Untersuchung unten), Patellarreflexe sind sehr gesteigert, Fusssohlenreflex links angedeutet, rechts fehlend, kein Fussklonus. Die grobe Kraft der oberen Extremitäten ist gut erhalten, die unteren Extremitäten können gehoben werden, fallen aber bald zurück. Stehen unmöglich, die Beine knicken sofort ein.

Die elektrische Untersuchung ergiebt:

Faradische Prüfung führt beiderseits zu normalem Resultat.

Galvanische Prüfung:

Nervus cruralis rechts	KSZ = 22 E.
	ASZ u. AOZ = 20 E.
Nervus peroneus rechts	KSZ = 14 E.
Nervus cruralis links	KSZ = 22 E.
	ASZ u. AOZ = 22 E.
Nervus peroneus links	KSZ = 20 E.
	ASZ u. AOZ = 14 E.

Directe Muskelreizung rechts 20, links 10 Elemente. Gastrocnemiuszuckung kurz, blitzartig.

Kurze Zeit nach der elektrischen Untersuchung kann Pat. stehen und wenn auch unsicher gehen.

Es zeigt sich eine auffällige Anästhesie der hinteren Rachenwand, die linke Körperhälfte zeigt herabgesetzte Sensibilität, die Sinnesnerven functionieren jetzt links schlechter als rechts. Das Gesichtsfeld des linken Auges ist für weisses Licht wenig, für rotes sehr bedeutend, für die andern Farben auch erheblich concentrisch eingeschränkt. Die Untersuchung mit dem Tasterzirkel ergiebt links überall herabgesetztes Unterscheidungsvermögen. Der Patient läuft andauernd gut, das anfangs noch starke Erbrechen hat auch sehr nachgelassen; er wird am 19. V. geheilt entlassen.

In diesem Fall ist eine Infectionskrankheit, ich nehme an, dass es sich um Influenza gehandelt hat, die

Ursache für das Auftreten der hysterischen Erscheinungen gewesen, eine Krankheit, bei der das Nervensystem oft in erheblicher Weise in Mitleidenschaft gezogen wird. Ob das von Jugend an bestehende Erbrechen auch auf einen anormalen Zustand des Nervensystems, gesteigerte Reflexerregbarkeit von Haus aus hindeutet, will ich nicht entscheiden.

Die aufgetretenen Symptome sind im wesentlichen die der hysterischen Lähmung mit gesteigerter Reflex- und elektrischer Erregbarkeit (vgl. elektr. Unters.), Hemianästhesie, Herabsetzung der Function der Sinnesnerven auf einer Seite mit der für Hysterie charakteristischen Gesichtsfeldeinengung, namentlich links für rotes Licht.

Die Symptome verschwanden beim Aufenthalt im Krankenhause und der zu diagnostischen Zwecken vorgenommenen elektrischen Untersuchung, sie haben sich erst gezeigt nach dem schwächenden Einfluss der Influenza, hereditäre Belastung liegt nicht vor, sodass der Patient wohl hoffen darf, auch in Zukunft von hysterischen Affectionen verschont zu bleiben.

Richard H., 13 Jahre, stammt von gesunden Eltern, ein Bruder soll an ähnlichen Zuständen gelitten haben. Hat an Scrophulose gelitten. Vor 5—6 Jahren ist er gefallen und soll seitdem sehr aufgeregt und zänkisch gewesen sein. Vor 3—4 Wochen ist er auf den Hinterkopf gefallen, wonach die Krämpfe angefangen haben sollen. Vor 24 Tagen hatte er heftige Diarrhöen, dabei Auftreten von Krämpfen. Der Anfall beginnt mit dem Gefühl, als ob jemand auf ihn zutritt, dann wird er bewusstlos, hat aber meist doch noch Zeit, sich auf einen Stuhl etc. zu setzen. Er schlägt wild um sich, die Hände sind geballt, die Daumen nicht eingeschlagen. Bei einem solchen Anfall wurde die Chloroformnarkose durch den Hausarzt angewandt. Verletzungen, Zungenbiss etc. sind nie beobachtet worden. Einmal hatte er Verfolgungsideen, kroch auf Händen und Füssen umher, ohne gehen zu können. Er hat zwar Appetit, behauptet aber, nicht viel hintereinander essen zu können; er giebt Globusgefühl an.

Während die Anamnese aufgenommen wird, bekommt er einen Anfall, er spricht kurze Sätze: „wer lacht da“, „wo steckt er“ etc., beugt sich über den Bettrand, scheint

jemand zu suchen, schlägt plötzlich in die Luft. Dabei weder tonische noch klonische Krämpfe, die Pupillen reagieren. Nach dem Anfall sehr heftige, aber kurzdauernde Kopfschmerzen.

Bei der Aufnahme kann Patient nicht gehen.

Patient ist ein für sein Alter mässig entwickelter, schlecht genährter Knabe mit blasser Haut, schlaffer Musculatur, aber ziemlich starkem Knochenbau. Der Gesichtsausdruck ist wechselnd, bald freundlich, bald mürrisch und stier. Der Schädel ist asymmetrisch, rechts stärker entwickelt als links. Druck auf die kleine Fontanelle erzeugt Schwindel, beim Beklopfen des hintern Teiles des linken Scheitelbeins wird der Blick des bisher lachenden Knaben starr, er sinkt behutsam auf einen Stuhl und stiert vor sich hin. Als er mit Wasser begossen werden soll, erhebt er sich von selbst, lacht und sagt, er sei schwindlig geworden. Bei einem gleichen späteren Versuch schlägt er wild mit den Händen um sich, der Blick ist ganz stier, die Pupillen reagieren, nirgends finden sich Sensibilitätsstörungen, dagegen schimpft er über das Stechen.

Die linke Gesichtshälfte erscheint beim Lachen etwas starr, die linke Körperhälfte ist mässig hyperästhetisch. Die Untersuchung der Organe ergiebt nichts Besonderes. Das Gesichtsfeld ist frei, die Function der Sinnesnerven auf beiden Seiten gleich.

Während der Behandlung in der Charité hat er noch eine Reihe von Anfällen, bei denen sich die Hysterie in den verschiedensten Formen zeigt. Am 19. VII. ist während $^1/_2$ Stunde das Bewusstsein gestört, der Patient schwatzt, singt, zieht sich den Rock aus, um damit Ball zu spielen. Am 20. VII. legte er sich dreimal auf die Erde, das Bewusstsein schien gestört, auf energische Aufforderung ging er zu Bett. Am nächsten Morgen vollständige Anästhesie der linken Körperhälfte. Am 24. VII. fällt er morgens plötzlich vom Stuhl, bleibt regungslos liegen. Die Pupillen reagieren. Auf das Bett gelegt, zeigt er die Erscheinungen der Flexibilitas cerea. In den emporgehobenen Extremitäten treten klonische Krämpfe auf, die sich durch Druck beseitigen lassen. Das Gesicht hat einen drohenden Ausdruck, die Augen machen rollende Bewegungen. Er klammert sich mit

den Händen oben am Bett fest und stösst mit den Beinen heftig gegen das Fussbrett, nimmt dann Kreisbogenstellung ein, wobei bald der Bauch, bald der Rücken nach oben gekehrt ist. Zeitweilig völlige Anästhesie. Zum Schluss kamen Schlingkrämpfe, denen kurz hintereinander 18mal Aufstossen folgte. Der Anfall dauerte ca. $^3/_4$ Stunden.

Nachher liegt Pat. ruhig im Bett, giebt auf Fragen Antwort und klagt über Kopfschmerzen. Eine Stunde später wird er wieder unruhig, klammert sich an der Kopfstange fest, zieht sich an derselben hoch und macht allerlei turnerische Bewegungen. Um 12 Uhr klinische Vorstellung, nach derselben wankt Pat. wie ein Betrunkener, hat stieren Blick, giebt aber auf Fragen Antwort und klagt über Kopfschmerzen. Um $8^1/_2$ Uhr abends desselben Tages fällt Pat. um, schlägt mit Händen und Füssen um sich, rutscht auf Händen und Füssen durch das Zimmer, wobei er grunzende Töne ausstösst und Geberden macht, als ob er etwas vom Fussboden ässe. Bei Nadelstichen schreit er laut auf. Als er mit Wasser begossen wird, macht er Schwimmbewegungen und rutscht damit über den Fussboden. Er wird dann immer unruhiger, zerreisst seine Kleider und muss mit Rücksicht auf die anderen Kinder auf die Krampfabteilung verlegt werden.

In der Familie des Patienten ist eine Disposition zu nervösen Erkrankungen anzunehmen, da der Bruder unseres Kranken ebenfalls an derartigen Zuständen gelitten haben soll. Ferner kommt in Betracht, dass Pat. stets schwächlich gewesen ist, an Scrophulose gelitten hat, also jedenfalls einen wenig widerstandsfähigen Körper besitzt. Als auslösendes Moment der ersten Erscheinungen wird ein Fall auf den Hinterkopf vor 5—6 Jahren angegeben. Damit stimmt überein, dass sich am hinteren Teil des linken Scheitelbeins eine hysterogene Zone befindet, wie ja häufig die Stellen, an denen ein die Krankheit einleitendes Trauma gewirkt hat, später der Sitz hysterogener Zonen werden.

Die Erscheinungen der Krankheit nähern sich bei unserem Patienten schon mehr dem chamäleonartig wechselnden Bilde der Hysterie des Erwachsenen. Verschiedenartigste Symptome lösen einander ab, treten

bald in dieser, bald in jener Combination zusammen. Wir sehen stets Bewusstseinsstörungen, oft Delirien, convulsivische Erscheinungen, Flexibilitas cerea, Arcus hystericus, seltener Anästhesieen und Schlingkrämpfe. Die Krankheit nähert sich dem Bilde des grossen hysterischen Anfalls, wenn auch nicht alle Perioden desselben scharf ausgeprägt sind. Interessant sind die Schwimmbewegungen, die der Patient macht, als er mit Wasser begossen wird. Er verhält sich dabei genau wie ein Hypnotisierter im Zustand der Suggestion. Durch gewisse, bestimmten Handlungen entsprechende äussere Umstände wird in dem Kranken eine bestimmte Vorstellung erweckt, der er durch seine Handlungen Ausdruck verleiht.

Wie schon oben ausgeführt, kommen die Erscheinungen der grossen Hysterie bei Kindern nicht häufig und meist nur bei solchen vor, die sich der Pubertät nähern, wie es auch bei unserem 13jährigen Kranken der Fall ist.

Die Prognose ist ungewiss. Da bei dem Bruder die hysterischen Symptome (angenommen, dass es sich um solche handelte) wieder geschwunden sind, so ist es möglich, dass auch hier ein Zurückgehen derselben eintritt, wenn auch die nervöse Anlage bestehen bleibt.

Über das weitere Ergehen des Patienten ist mir leider nichts bekannt geworden.

Margarethe Thamm, 8 Jahre alt. Der Vater ist an Tuberculose gestorben, sonst ist die Anamnese ohne Bedeutung. Vor 3 Monaten bemerkte die Mutter, dass sich das Kind nach rechts wendete und dabei starr nach rechts sah. 5—6mal sah sie, dass Patientin sich unter Kaubewegungen 3—4mal täglich umdrehte. Der Anfall dauerte ungefähr 3 Minuten und kündigte sich durch ein Gefühl von Übelsein und Neigung zum Erbrechen an. Zu letzterem kam es aber nie. Von dem Anfall weiss Patientin nichts, ist dabei nie hingefallen, hat sich nie verletzt. Nach dem Anfall klagt sie über Schmerzen in der Gegend des rechten Stirnlappens nahe der Sagittallinie.

Das Kind ist gut entwickelt und genährt, zeigt keine Spur von Rhachitis und ausser etwas unregelmässiger Herzaction an den inneren Organen nichts Be-

sonderes. Bei der Nervenuntersuchung zeigen sich die Reflexe gesteigert, Fussklonus ist angedeutet, die Motilität ist normal, die Sensibilität überall erhalten, auf der rechten Seite scheint Hyperalgesie zu bestehen. Die Sinnesfunctionen sind normal.

Anfälle der oben beschriebenen Art sind während des Aufenthalts der Patientin in der Charité wiederholt beobachtet worden. Das Bewusstsein ist dabei stark gestört, aber nicht erloschen, sie reagiert, wenn auch unsicher, auf Anruf. Auf die während des Anfalls leise ausgesprochene Aufforderung des Arztes: Komm doch zu mir" antwortet sie: „Ja, wo denn?" und geht nach einer falschen Richtung, die nur annähernd der Stelle, wo sie hingerufen ist, entspricht.

Die Pupillen sind während des Anfalls mittelweit. Einmal war es möglich, während des Anfalls die Pupillenreaction zu prüfen, die sich dabei erhalten zeigte, während ein anderes Mal sich die Pupillen auf Lichteinfall garnicht oder nur sehr wenig verkleinerten. Verletzungen sind bei den Anfällen nicht vorgekommen.

Die wiederholten Versuche, durch Suggestion auf die Anfälle einzuwirken, schlugen fehl.

Die beobachteten Anfälle traten teils ohne Vorboten ein, teils kündigten sie sich durch Kopfschmerzen, weinerliche Stimmung etc. an.

Das Kind klagt zuweilen über Schmerzen in der Nase, die nach einer Sondierung verschwinden, über Leibschmerzen, dann wieder über Ohrenschmerzen.

Am 4. XII. wird sie entlassen, ohne dass sich in ihrem Befinden eine wesentliche Änderung gezeigt hätte.

Wenn man von der Tuberculose des Vaters absieht, ist hier keine nervöse Belastung zu erkennen, ebenso wird keine Ursache angegeben, die den Beginn der eigentümlichen nervösen Störung erklären könnte.

Die Erscheinungen lassen es zweifelhaft erscheinen, ob wir es hier wirklich mit Hysterie und nicht mit Epilepsie oder mit einem Tumor cerebri zu thun haben. Auffallend sind die zwangsartigen Drehbewegungen, die auch im Bett sich zeigten, und die Pulsunregelmässigkeit, so dass man an Tumor cerebri oder vielleicht eine Combination des letzteren mit Hysterie denken könnte. Die nicht völlige Aufhebung des Bewusstseins, das Ver-

halten der Pupillen, die nicht weit, sondern nur mittelmässig geöffnet waren und in einer Beobachtung wenigstens deutlich reagierten, während sonst eine Pupillenstarre auch nicht zu constatieren war, die Hyperästhesie auf der einen Körperseite, die Klagen der Patientin, dass ihr bald dieses, bald jenes weh thut, lassen doch wohl mehr an Hysterie als an Epilepsie denken. Immerhin war es bis zum Ende der Behandlung nicht möglich, eine ganz sichere Diagnose zu stellen.

Für die Prognose hängt natürlich alles davon ab, ob es sich um Hysterie oder um Epilepsie handelt; ist ersteres der Fall, so ist es nicht auszuschliessen, dass allmählich die nervösen Symptome verschwinden, obwohl sie trotz des Aufenthalts im Krankenhause von beinahe 2 Monaten keine Besserung gezeigt haben. Eine nervöse Anlage muss vorhanden sein, denn ohne eine solche ist kein Grund für die Entstehung der krankhaften Erscheinungen zu erkennen.

In den mitgeteilten Fällen von kindlicher Hysterie waren in gedrängter Übersicht folgende Symptome zu beobachten:

Bewusstseinsstörungen waren 7mal vorhanden, von Schlafsucht bis zur beinahe völligen Bewusstlosigkeit. Convulsivische, überhaupt motorische Reizerscheinungen wurden ebenfalls in 7 Fällen beobachtet.

Erhöhung der Reflexe war in 5 Fällen vorhanden, darunter einmal deutlich, einmal angedeutet Fussklonus. An Chorea magna erinnernde Symptome wurden einmal beobachtet.

Sensibilitätsstörungen zeigten sich in 8 Fällen, darunter 2mal Erhöhung des allgemeinen Schmerzgefühls, 4mal sensible Reizerscheinungen, Schmerzen im Unterleib während des Anfalls, Stechen an der Innenseite der Unterschenkel, Gesichtsschmerzen und 4. Gelenkneuralgie, Herabsetzung der Sensibilität mit ausgeprägten Anästhesieen wurde 2mal beobachtet.

Eine umschriebene hyperästhetische Stelle, während sonst die Sensibilität überall normal war, zeigte sich einmal. Störungen an den Sinnesorganen wurden in vier Fällen beobachtet, darunter 2mal Gesichtsfeldeinengung.

Lähmungen und Paresen waren 4mal vorhanden, darunter 1mal rein coordinatorische Lähmung des Gehens.

Contracturen wurden 2mal beobachtet, Aphonie und Stummheit waren 3mal vorhanden.

Erscheinungen des grossen hysterischen Anfalls bot 1 Patient.

Bei der Therapie ist zu unterscheiden die Beseitigung der Äusserungen der Hysterie und die Besserung und Stärkung des Nervensystems im allgemeinen.

Die Vielgestaltigkeit der Hysterie hat eine grosse Reihe oft der allerwunderlichsten Behandlungsmethoden hervorgerufen, die zuweilen trotz der unsinnigsten Anordnung doch gute Erfolge gehabt haben. Der Grund dafür liegt darin, dass jede Behandlung schliesslich nur auf psychischem Wege zum Ziele gelangt. Ist der psychische Einfluss irgend einer Methode stark genug, erweckt sie in dem Patienten die Überzeugung, dadurch werde er gesund, so ist es ganz gleich, welcher Art das angewendete Mittel sein mag. Daher giebt es denn auch kein ergiebigeres Feld als die Hysterie für Kurpfuscher aller Art, während oft die gewissenhafteste Behandlung im Stich lässt.

Immerhin hat sich eine Reihe von Behandlungsmethoden herausgebildet, die meistens zu dem gewünschten Erfolge führen.

Von inneren Mitteln ist wenig zu erwarten, am besten sollen noch die Valeriana-Präparate bei Aufregungszuständen wirken, ferner werden bei Krämpfen oft Chloralhydrat und Morphium gegeben, auch die Chloroform-Narkose wird angewandt. Die Ansichten über den Gebrauch der Narcotica sind geteilt, jedenfalls ist die Gefahr, die Kranken zu chronischen Morphinisten zu machen, auf die besonders Strümpell hinweist, zu beachten.

Mehr ist von inneren Mitteln zu erwarten, wenn nicht die hysterischen Symptome, sondern gewisse körperliche Zustände, die zur Hysterie geeignet machen, bekämpft werden sollen. Hier ist namentlich die Anämie zu nennen, wobei die Anwendung von Eisen, Arsen etc. natürlich volle Berechtigung hat, und dadurch, dass der Hysterie der Boden entzogen wird, auf dem sie sich entwickelt hat, auch ein Schwinden der hysterischen Erscheinungen erreicht werden kann.

Eine richtige psychische Therapie ist besonders geeignet für die Bekämpfung hysterischer Lähmungen,

indem der Kranke durch methodisch wiederholte Übungen dahin gebracht wird, die verlorene Herrschaft des Willens über die gelähmten Muskeln wiederzugewinnen. (Strümpell).

Unterstützt wird diese Behandlung durch Faradisation und Galvanisation, durch kalte Abreibungen etc.

Ob auch dabei allein das psychische Moment dieser Behandlung, das für den Kranken Unangenehme derselben wirksam ist, und nicht auch daneben der starke Reiz wirkt, indem er gleichsam die krankhafte Schranke zwischen dem Bewusstsein und den Innervationsvorgängen durchbricht und so wieder die Aufmerksamkeit des Bewusstseins auf diesen Körperteil hinweist, ist zweifelhaft, jedenfalls ist wenigstens bei den sensiblen Lähmungen auch letzteres der Fall.

Bei Stimmbandlähmung wirkt der elektrische Strom, oft schon das Einführen des Laryngoskops heilend, sicher sowohl der starke ungewohnte Reiz, als auch die psychische Beeinflussung, die mit der Anwendung namentlich der elektrischen Maschinerie verbunden ist.

Starke Reize werden gleichfalls angewandt bei hysterischen Krämpfen, um dem Kranken die verlorene Willensenergie wiederzugeben, wobei dann später oft die Androhung der unangenehmen Behandlung, z. B. Begiessen mit kaltem Wasser, genügt.

Die hysterische Contractur sucht man durch passive Bewegungen und Massage zunächst zu lösen, dann gelingt es, freilich oft erst mit grosser Mühe, den Kranken zu activen Bewegungen zu veranlassen. Auch hierbei lassen sich natürlich allerlei suggestive Mittel zur Unterstützung heranziehen.

Als eine besonders in neuerer Zeit vielfach angewandte und oft mit grossem Erfolge verbundene Behandlung ist die Hypnose zu erwähnen. Um die Bedeutung dieser Behandlung beurteilen zu können, ist es zunächst notwendig, sich über das Wesen des hypnotischen Zustandes klar zu sein.

Nach Strümpell ist die Hypnose nichts weiter als die Hervorrufung eines hysterischen Anfalls durch Suggestion, d. h. durch die künstliche Hervorrufung eines bestimmten psychischen oder von der Psyche abhängigen körperlichen Zustandes durch Wachrufen der sich hierauf

beziehenden Vorstellungen. Hierbei ist vor allem ein grosser psychischer Einfluss des Hypnotiseurs auf den Kranken notwendig, ferner muss bei dem zu Hypnotisierenden die Vorstellung leicht und stark genug hervorgerufen werden können, was grade bei Hysterischen der Fall zu sein pflegt. Es ist klar, dass, so gut hysterische Symptome durch Hypnose hervorgerufen werden können, auch solche, die bereits vorhanden sind, beseitigt werden können. Indessen ist dabei nicht zu vergessen, dass die Hypnose stets auf Hervorrufung eines an sich krankhaften Zustandes beruht, und dass es nicht immer möglich ist, den Grad dieses krankhaften Zustandes genau zu regulieren. So sind Fälle bekannt geworden (Strümpell), bei denen sich an die Hypnose grosse hysterische Anfälle angeschlossen haben, die vorher fehlten, so dass also das in verschlimmertem Maasse wiederkehrte, was man beseitigen wollte. Beim Kinde ist das Vorstellungsleben ungemein rege, die Hypnose wird hier sehr intensiv wirken, so dass es mindestens bedenklich erscheint, hier von einem Mittel Gebrauch zu machen, das zwar oft überraschende Erfolge, aber auch sehr unangenehme Misserfolge zeigen kann.

Eine weitere therapeutische Massregel besteht in der sog. Metallo-Therapie, die sich auf die bekannten Erscheinungen des Transferts bei Hysterischen stützt. Es würde hier zu weit führen, diese viel erörterten und bekannten merkwürdigen Erscheinungen näher zu betrachten, nur so viel sei erwähnt, dass ausser den ursprünglichen Metallplatten grosse Magnete und statische Elektricität, die ähnliche Erscheinungen hervorbringen, häufig angewendet werden, zumal wenn es sich um Wiederherstellung der Sensibilität handelt (vgl. Charcot).

Als ein sehr wichtiges Mittel, wenn nicht das wichtigste überhaupt, bei der Behandlung der Hysterie speciell im jugendlichen Alter, wird von den meisten Autoren die Isolierung der Kranken angesehen; namentlich Charcot empfiehlt sie sehr warm und ist überzeugt, dass die consequente Isolierung zumal bei Kindern beginnende Hysterie oft im Keime ersticken konnte. Wie weit allerdings die Trennung des Patienten von der früheren Umgebung notwendig ist, dafür geben die von Charcot mitgeteilten Fälle ein lehrreiches Beispiel, dass, solange

nicht jeder Connex mit Eltern etc. aufgehoben ist, der gewünschte Erfolg ausbleibt, dagegen in geradezu verzweifelten Fällen (vgl. den Fall von Anorexie bei Charcot) noch möglich ist, wenn wirklich vollkommene Isolierung erreicht wurde. Aber grade in der Notwendigkeit vollkommener Isolierung liegt eine gewisse Schwierigkeit der Methode. Charcot setzt sehr anschaulich auseinander, mit welchen Schwierigkeiten der Arzt zu kämpfen hat, um namentlich Eltern zur vollkommenen Trennung von ihren Kindern zu bewegen. Ein Fall von Charcot zeigt, wie schon die geringste Verbindung zwischen dem Patienten und seinen Angehörigen genügt, um die ganze Behandlung illusorisch zu machen. In diesem Falle war der Patient in einer Anstalt untergebracht, der Vater aber schlich fortwährend um das Haus und fragte überall nach dem Ergehen seines Sohnes; dieser wusste davon und fühlte sich nicht völlig von seinem Vater getrennt und die Heilung blieb aus. Erst als man den Vater dahin brachte, jede Verbindung mit seinem Sohne aufzugeben, trat der gewünschte Erfolg ein.

In den oben mitgeteilten Fällen trat mit Ausnahme des Richard H. und der Margarethe Th., ersterer konnte nicht länger beobachtet werden, bei letzterer schwanktedie Diagnose noch bis zuletzt, bald nach dem Aufenthalt in der Charité entschiedene Besserung oder Heilung ein, die sicher zum grössten Teil auf die Isolierung der Kranken zu beziehen ist, wenn auch die Behandlung noch durch Anwendung von inneren Mitteln, Elektricität etc. unterstützt wurde.

Woher kommt diese überraschende Wirkung der Isolierung? Der Arzt, dem natürlich von den Angehörigen diese Frage vorgelegt wird, kann in Verlegenheit kommen, eine Erklärung dafür anzugeben. Sicher ist es ein rein psychischer Vorgang, auf dem die Heilwirkung beruht. In vielen Fällen liegen grade in der Umgebung der Patienten die Ursachen für die fortwährende Unterhaltung der Krankheit. So sorgte der Vater in dem erwähnten Charcotschen Falle für die regelmässige Wiederkehr der Anfälle. Wenn die Zeit kam, in der sein Sohn die Anfälle zu bekommen pflegte, stand er mit der Uhr in der Hand bei ihm und fragte fortwährend nach seinem Befinden, erinnerte ihn also daran, dass es jetzt an der Zeit sei, einen Anfall zu bekommen.

So grob sind die schädigenden Einflüsse der Umgebung nicht immer sichtbar, aber auch schon die ewige Sorge und zärtliche Aufmerksamkeit, der sich die Hysterischen zu Hause oft erfreuen, genügt, um eine Besserung nicht aufkommen zu lassen. Kommt der Patient aber in die ihm völlig neue Umgebung des Krankenhauses, in der er wohl freundlich, aber bestimmt und energisch behandelt wird, so sieht er, dass es Ernst wird mit der Behandlung seines Zustandes, dass er nicht mehr der Mittelpunkt des allgemeinen Interesses ist, und seine Krankheit durchaus nicht mehr den Effect macht wie früher. Jetzt giebt er sich wirklich Mühe, die verlorene Energie wieder zu gewinnen, er möchte jetzt selbst wieder gesund werden. Ein deutliches Beispiel dafür teilt Charcot bei einem Fall von hysterischer Anorexie mit. Die Patientin äusserte nach ihrer Heilung folgendes zu Charcot: „So lange Papa und Mama mich nicht verlassen haben, mit anderen Worten, so lange Sie nichts durchgesetzt hatten — denn ich merkte wohl, dass Sie mich einschliessen lassen wollten — glaubte ich, dass meine Krankheit nicht gefährlich sei, und da ich einen Ekel vor dem Essen hatte, ass ich nicht. Aber als ich sah, dass Sie der Herr geworden sind, bekam ich Furcht, ich habe trotz meiner Abneigung zu essen versucht und dann ist es allmählich gegangen.“

Dazu kommt, dass in der fremden Umgebung viele neue Eindrücke sich geltend machen, die namentlich bei der lebhaften Aperception eines Kindes bald einen Umschwung im psychischen Verhalten bedingen können. Oft, und das trifft namentlich bei den Patienten aus unteren Ständen zu, werden die Kinder auch aus schlechten Verhältnissen, die fortwährend psychisch deprimierend wirken, herausgerissen, kommen in günstige hygienische Verhältnisse, werden kräftig ernährt, und die dadurch bedingte Kräftigung des ganzen Körpers kommt auch dem Nervensystem zu gute.

Zum Schlusse spreche ich Herrn Geheimen Medicinalrat Professor Dr. Heubner für die Anregung zu vorliegender Arbeit, sowie Herrn Stabsarzt Dr. Slawyk für die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung derselben meinen wärmsten Dank aus.

Litteraturverzeichnis.

Das nachfolgende Litteraturverzeichnis ist zum grossen Teil der Arbeit von Steiner, Jahrbuch f. Kinderh. XLIV S. 187 entnommen; da ich aber sonst keine Zusammenstellung namentlich der neuesten Litteratur gefunden habe, so glaube ich mit dem umfangreichen Litteraturverzeichnis nichts Überflüssiges zu thun.

Abelin, Über simulierte Krankheiten bei Kindern. Zentralzeitung für Kinderheilkunde.

Adler, L. H., Report of a case of hysteria simulating laryngismus stridulus. Univers. med. Mag. 1889 I. 6. p. 35.

Albutt, Cliff, Hysterische Paraplegie bei einem Knaben. Brit. med. Journal. 1882. Febr. 25.

Armaingaud, Epidemie von Hysterie. Gaz. des hôp. 1880. No. 39.

Atkinson, Über multiple symmetr. Hautulcerationen im Kindesalter. Amer. Journ. of the medical sciences 1884. Jan. Ref. im Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1885 XXII. S. 152.

Auché, De la chorée hystérique arhythmique. Progrès méd. 1891.

Baginsky, A., Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Berlin 1896. S. 540.

Bamberger, Hysterie. Wiener allg. med. Zeitung. 1883 XXVIII. S. 529.

Bardol, Über Vortäuschung organ. Gehirnerkrankungen bei Hysterie der Kinder. La Méd. mod. 1893 III. 25. Ref. i. d. Allg. med. Zentralzeitung. 1893 LXII. S. 929.

— De l'hystérie simulatrice des maladies organiques de l'encéphale chez les enfants. Nouv. Iconographie de la Salp. 1892 V. pag. 329 und 1893 VI. pag. 21.

— Syndroms hystériques simulateures de la méningite. Révue des maladies de l'Enfance. 1893 XI. pag. 295.

Barlow, Case of Hysteria with Hemianaesthesia and ovarian hyperaesthesia of the opposite side. Med. Times and Gaz. 1877 I. pag. 537.

— Über hyst. Analgesie bei Kindern. Brit. med. Journ. 1881. Dez.

Barrs, A case of hysterical paraplegia in a boy. Brit. med. Journ. 1882. Febr.

Batault, Die allg. path. Vererbung in ihrer Beziehung zur männl. Hysterie. Thèse de Paris. 1895.

Bauke, Zur Casuistik der infantilen Hysterie. Thüringer Saison-Nachrichten 1893. Ref. i. d. Allg. med. Zentralztg. 1893 LXII. S. 880.
Beugnies-Corbeau, Heilung eines hysterischen Mädchens durch Furcht. Bullet. gén. de thérapeutique 1886 Août. Ref. im Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1888 N. F. XXVII. S. 206.
Bezzola, Tosse isterica epidemica. Ref. med. 1894 X. pag. 287.
Biedert, Hysterie bei einem 11 Jahre alten Mädchen. Zweiter Jahresbericht über das Bürgerspital zu Hagenau. 1879. Ref. i. Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1893. N. F. XIX. S. 247
Bilot, De l'Hystérie mâle. Thèse de Bordeaux. 1890. pag. 135.
Blocq, Hystérie maniaque infantile. Paris 1889. Ref. in Guttmanns Jahrb. f. prakt. Ärzte. 1889 XIII. S. 484.
— Hemiphlégie organique chez un enfant héredo-syphilitique à la suite d'une chûte. Revue neurol. 1894. II. pag.
Bohn, Die Nervenkrankheiten der Kinder. Jahrbuch für Kinderh. 1870. N. F. III. S. 46.
— Ein fernerer Beitrag zu den Nervenkrankheiten der Kinder (Hysterie). Jahrbuch f. Kinderh. N. F. VII. S. 194.
Bruchut, Doppelbewusstsein, periodische Amnesie. Somnambulismus. Gaz. des hôp. 1877. No. 36. Ref. im Jahrbuch für Kinderheilk. 1878. N. F. XII. S. 178. (Hyst. Chylur.)
— De l'influence des impressions morales sur la production et sur la guérison de certaines paralysies. Gaz. d. hôp. 1877. No. 41.
Bourneville et Bounaire, Hystérioepilepsia bei einem Knaben. Heilung durch Hydrotherapie. Progrès méd. 1882 X. No. 34.
Bourneville et Sollier, Trois nouvelles observations d'hystéro-épilepsie chez les jeunes garçons. Arch. de Neurol. 1889 XVIII pag. 410 und 1890 XIX p. 98
Brierre de Brismont, Ann. d'hyg. publ. 1858 X. pag. 365.
Briquet, Traité clinique et thérapeut. de l'hystérie. Paris 1859.
Brüniche, Journ. f. Kinderheilkunde. 1866 XLVII. S. 264.
Bull, Zwei Fälle von Hysterie bei Kindern. Norsk Magazin for Lägevidenskab. 1892. pag. 1261. Ref. im Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1895. N. F. XXXIX. S. 134.
van der Burg, Mitteilungen aus den Versammlungen der Vereenigung tot bevordering der geneeskundige Weetenschappen in Neederlandsch Indie. Geneesk-Tijdschr. voor Neederl. Indie. 1884 XXIV. 2. S. pag. 105. — Ref. im Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1885. N. F. XXII. S. 242.
Burnel, Contribution à l'étude de l'hystérie infantile, son existence au-dessous de l'âge de 5 ans. Thèse de Paris 1891. Gaz. des hôp. 1891. No. 99
Bruns, Die Hysterie im Kindesalter. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven und Geisteskrankheiten. Herausgegeben von Konrad Alt. Bnd. I Heft 5 und 6. Halle 1897.
Carreau, Ein Fall von Hysterie bei einem 8 Jahre alten Knaben. Journ. of obstetr. 1881. April.
Carrier, Sur la pseudo-méning-hystér. Lyon méd. 1892 LXXI. p. 519.
Charcot, De l'hystérie chez les jeunes garçons. Progrès méd. 1882. X. 50 u. 51.
— Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie. Deutsch von S. Freud. Leipzig 1886. (S. 65. Über Hysterie im Knabenalter.)

Charcot, Leçons sur les maladies du système nerveux. Paris 1887. III. pag. 227.
— Hystérie des enfants. Gaz. hebd. 1889. 2. S. XXVI. I.
Chatelain, Die Geisteskrankheiten der ersten Kindheit. Ann. méd. psych. 1870. X.
Chaumier, L'hystérie chez les nouveau-nés et chez les enfants au-dessous de deux ans. Bullet. de l'acad. de méd. 1892. 3. S. XXVII. 26. pag. 883.
Chillarducci, Contribution au diagnostic différentiel entre l'hystérie, et des maladies organiques du cerveau. Arch. de Neurol. 1892 XXIV pag. 387 und 1893 XXV pag. 41.
Charke, Über männl. Hysterie. Lancet 1890.
Clarus, Über Aphasie bei Kindern. Dissert. Würzburg 1874.
Claus et Jakobs, Un cas d'hystérie chez une fillette de huit ans. Belg. méd. 1896. III. 9. pag. 261.
Clayton, Über die hysterischen Affectionen des Stimmapparats bei jungen Mädchen. Journ. für Kinderkrankheiten. 1843. S. 456.
Clopatt, Etudes sur l'hystérie infantile. Helsingfors 1888.
Cohn, Die Psychosen im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilk. 1883. IV.
Collius, Anorexia hyst. bei einem $7\frac{1}{2}$jährigen Mädchen. Journ. de clin. et de thérap. infantiles 1894. No. 15. S. 124.
Debove, Hemiplegie hystérique . . . survenue à la suite d'une diphthérie. Gaz. hebd. 1889. 2. S. XXVI. 43.
Décaisne, Paralysie infantile. Gaz. méd. de Paris 1877. No. 52. p. 638.
Dowse, Anorexia nervosa. Med. Presse and circ. 1881. Aug. Ref. in Virchow und Hirschs Jahresberichten 1881. II. S. 75.
Dubois, Mitteilungen über Hysterie bei Männern und Kindern. Schweizer Correspondenzbl. 1887. XVII. S. 402.
Duvoisin, Über infantile Hysterie. Dissert. Basel 1889. Jahrbuch für Kinderheilkunde 1889. N. F. XXIX. S. 287.
Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters. Gerhardts Handbuch, Tübingen 1887. Nachtrag II. S. 274.
Engelsberg, Hysterie bei einem 13jährigen Knaben. Wiener med. Wochenschr. 1888. XXXVIII. S. 459.
Erler, Hysterie und hystero-epileptisches Irresein. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. 1862. XXXV.
Ernst, Über den Iliacalschmerz. Wiener med. Blätter. 1884. VII. S. 866.
Esmarch, Über Gelenkneurosen. Kiel 1872. S. 37.
Faye, Hysteriforme und damit verwandte nervöse Erscheinungen bei Kindern. Norsk Mag. for Lägevidenskab. 1875. 3. R. V. 6. S. 225. Ref. in Schmidts Jahrbuch. 1877. CLXXVI. S. 156.
Féré, De l'hystérie chez des jeunes garçons. Leçons de Charcot. Progrès med. 1882. No. 50—52.
Finlayson, Two cases of aphasia and a case of hyst. dumbness occurring in children. Obstetrical Journ. of Great Britain and Ireland. 1876. pag. 354.
Förster, Mitteilungen über die im Dresdener Kinderhospitale zur Beobachtung gekommenen Lähmungen. Jahrbuch für Kinderheilk. 1880. N. F. XV. S. 279.
Forchheimer, Treatment of hystéria in children. Arch. of pediatrics 1884. June. — Ref. in Guttmanns Jahrb. f. prakt. Ärzte. 1885. VIII. S. 533.

Foster, Hysterical Spasm of the oesophagus in a young child. New-York med. Record 1888. XXXIV. 3. pag. 6.
v. Franque, Hyster. Aphasie beim Kinde. Journ. f. Kinderkr. 1864. IL. S. 226.
Friedmann, Über Nervosität und Psychosen im Kindesalter. Münch. med. Wochenschr. 1892. XXXIX. No. 21.
Gerhardt. Stimmbandlähmung. Gerhardts Handbuch. Tübingen 1878. III. 2. S. 317.
Gilles de la Tourette, Traité chinique et therapeuthique de l'hystérie. Préface de M. le Dr. J. M. Charcot. Hystérie normale ou in terparoxystique. Paris 1892.
— Die Hysterie nach den Lehren der Salpêtrière. Deutsch von Grube. Wien 1894.
Goldspiegel, Contribut à l'étude de l'hystérie chez les enfants. Thèse de Paris 1888.
Grancher, Du pseudo-mal de Pott hystérique. Thèse de Paris 1889.
— La médecine infantile. Bullet. med. 1890. No. 61. pag. 707.
Greffier, De l'hystérie précoce. Arch. gén. med. 1882. II. pag. 405.
Guirand, Essai sur l'hystérie précoce se développant avant la puberté. Thèse de Paris 1880.
Gugot, Paralysie hyst. chez une petite fille de 4 ans. Union méd. 1886. No. 74. pag. 903.
Hahl, Fall von Heliophobie. Finska läkaresälks. handb. 1892. XXXIV. 4. pag. 408. — Ref. im Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1894. XXXVII. S. 411.
Henoch, Mitteilungen aus dem Gebiete der Nervenpathologie. Charité-Annalen IX.
— Die hyst. Affectionen der Kinder. Wiener med. Presse 1881. XXII. S. 916.
— Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Berlin 1897. Neunte Aufl. S. 198.
Herz, A., Ein seltener Fall von Hysteria virilis bei einem 11jährigen Knaben. Pester med. chir. Presse 1889. No. 25.
Herz, M., Über Hysterie bei Kindern. Wiener med. Wochenschr. 1885. XXXV. S. 1305.
Hirt, Eine Epidemie von hyst. Krämpfen in einer Dorfschule. Wiener allg. med. Zeitung. 1893. XXXVIII. S. 86.
Hoffmann, Über Hysterie im Kindesalter. Festschrift des Vereins der Ärzte des Reg.-Bez. Düsseldorf. 1894. S. 182.
Huchard, Hystérie chez enfants. Bullet et mén. de la soc. de Thér. 1882. XIV. 5. pag. 77.
Hun, Hysterical paraplegia in children. Internat. Clinics. 1892. pag. 239.
Jackson, cit. von Clarus.
Jacobi, On Masturbation and Hysteria in young children. Americ. Journ. of obstetric. and diseases of women and children. 1876. VIII. 4 u. IX. 3. Katalepsie bei einem 3 Jahre alten Kinde. Americ. Journ. of med. Scienc. 1885. CLXXVIII. S. 450.
Jacqueau, Un cas de grande hystérie avec phénomènes pseudo-méningitiques. Lyon méd. 1896. LXXXI. S. 450.
Jakwenko. Epidemie hyster. Krämpfe im Podolskschen Kreise. Petersb. med. Wochenschrift 1896. — Russ. med. Litt. 2.

Janowicz, Tic convulsif des enfants. Etude critique et comparative. Thèse de Paris 1891.
Jolly, Über Hysterie bei Kindern. Berlin klin. Wochenschr. 1892. XXIX. S. 841.
Ingle, Ein Fall von Hysterie bei einem Knaben. Brit. med. Journ. 1883. No. 1178.
Kamiensky, Das Anfangsstadium der Hysterie beim Kinde. Jahrbuch für Kinderheilk. 1893. N. F. XXXVI. S. 294.
Kelp, Psychosen im Kindesalter. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. 1875. XXXI.
Kershaw, Case of hysterical spasm, simulating tetany. Lancet. 1887. II. pag. 439.
Kissel, Ein Fall von hysterischer Anorexie bei einem 11jährigen Mädchen. Petersburg. med. Wochenschrift. 1894. Russ. med. Litt. 11 und 12.
Ein Fall einer schweren hysterischen Anorexie bei einem 11jährigen Mädchen. Archiv für Kinderheilk. 1896. XX. S. 382.
Köbner, Zur Kasuistik der Hysterie im Kindesalter. Deutsches Archiv für klin. Med. 1884. XXXV. S. 524.
Kolinkoe, Ein Fall von Hysterie im Kindesalter. Norsk. Mag. f. Läg. 1891. S. 89. — Ref. im Archiv f. Kinderheilk. 1892. XIV. S. 367.
Konrad, Simulirt. Hemiplegie in einem Fall von Kinderhysterie. Pester med.-chir. Presse. 1885. No. 47.
Krafft-Ebing, Hysteria virilis et infantilis. Wiener allgemeine med. Zeitschrift. 1893. XXXVIII. S. 114.
Kronfeld, Die Nervosität der Schuljugend. Wiener med. Wochenschrift. 1896. XLVI. 2.
Kuhn, De l'épidémie hystéro-démonopathique de Morzine. Annales med.-psychol. 1865. pag. 400.
Kutscherski, Ein Fall von hysterisch. Husten. Petersb. med. Wochenschrift. 1890. N. F. VII. 8.
Lähr, Einige Beziehungen der Pädagogik zur Psychiatrie. (Unregelmässig intermittir. motor. und sensor. Central-Neurose bei einem 10jährigen Knaben.) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 1873. XXIX. S. 602.
Landesberg, Affection de l'oeil dépendant de l'hystérie. Journ. of nerv. and ment. diseases. 1886. XIII. No. 2.
Lange, Über Neurosen des Kindesalters. Hosp. Tidende. 1875. 2. R. II. 49—51. — Ref. in Schmidts Jahrbuch. 1877. CLXXVI. S. 156.
Langaard, Fall von Hysterie bei einem Kinde. Hosp. Tid. 1882. 2. R. IX. 23.
Über Hysterie bei Kindern. Hosp. Tid. 1884. 3. R. II. 38. — Ref. in Schmidts Jahrbuch. 1884. CCIV. S. 41.
Laufenauer, Über Hystero-Epilepsie der Knaben. Pester med.-chir. Presse. 1887. XXIII. S. 184.
Lees, Two cases of hysteria in boys. Lancet 1888. I. June.
Legendre, Traitement des accidents hystériformes de la puberté. Revue d'obstétr. 1890. III. pag. 352.
Lehmann, Drei Fälle von Gelenkneurosen. Berlin klin. Wochenschr. 1883. No. 12.
Leszynsky, Hysteria in a child. Journ. of nerv. and ment. dis. 1892. XVII. pag. 375.

Leuch, Casuist. Beiträge zur Hyst. viril. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde. 1891. I. S. 506.
— Choreaepidemie bei 25 Kindern. Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1896. Aug.
Levien, A case of sonnambulism in a boy 11years of age. New-York med. Rec. 1893. XLIII. 9. pag. 284.
Linkenheld, Nervöser Kehlkopfhusten bei einem 12jährigen Jungen. Monatschrift für Ohrenheilkunde. 1891. XXV. 10.
Loos, Hysterie der Kinder. A. Drasche's Bibliothea der ges. med. Wissensch. Wien 1896. II. S. 189.
Lykke, Hysterie bei einem Kinde. Hosp. Tid. 1877. 2. R. IV. 45. 46. — Ref. in Schmidts Jahrbuch. 1877. CLXXVI. S. 159.
Macdonell, Ein bemerkenswerter Fall von Hyst. bei einem Knaben. New-York med. Journ. 1890.
Macphail, An epidemie of paralysis in children. Med. News 1894. LXV. pag. 619.
Magitôt, De l'hystérie chez les nouveau-nés. Bullet. de l'académie de méd. 1892. XXVIII. pag. 32.
Marie, Vorlesungen über die Krankheiten des Rückenmarks. Deutsch von M. Weiss. Leipzig. 1894. S. 110.
Medin, An epidemie of infantil paralysis. Hygiea 1890. LII. p. 657.
Mendel, Über Hysterie beim männl. Geschlechte. Deutsch. med. Wochenschrift. 1884. 16.
Meyjes, Een geval van hysterische Neurose, bij een Kind na influenza. Nederl. Weekbl. 1894. I. 15.
Möbius, Über den Begriff der Hysterie. Zentralblatt für Nervenheilk. 1888. XI. 3.
Moissonet, Spontane Schlafsucht mit hysterischen Evolutionen und consecut. Chlorose bei einem 9 Jahre alten Kinde in Folge unmoral. Ursachen. Journ. f. Kinderkrankh. 1853. S. 271.
Moreau, Der Irrsinn im Kindesalter. Deutsch von D. Galatti. Stuttgart 1889.
Moses, Beiträge zur Kenntnis der Genese und Ätiologie psychischer Störungen im Kindesalter. Inaug.-Dissert. Strassburg. 1892.
Moskowitz, Ein Fall von laryngeal. Hysterie. Pester med.-chir. Presse. 1893. No. 23.
Müller, Die Kernsche Idiotenanstalt. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. 1874. XXX. S. 380.
Oliver, Case of a girl said to have been miraculously cured of paralysis at St. Winfriede's well North-Wales. Lancet 1895. I. 11.
Ollivier, Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris 1889. pag. 201—203.
— De la pseudo-méningite tuberculeuse hystérique. Congrès pour l'av. des sciences. Marseille 1891. Sept.
Oxley, Hysterical Paralysis in a girl aged eight years, caused by a thunderstorm. Obstetr. Journ. of Great Britain. 1876. pag. 468.
Palmer, Eine psychische Seuche in der obersten Klasse einer Mädchenschule. Med. Correspondenzbl. (Württemberg). 1892. No. 21.
Pâris, De l'hystérie chez petites filles, considérée dans ses causes, ses caractères, son traitement. Thèse de Paris 1880.
Pelman, Nervosität und Erziehung. Bonn 1896.
Perret, Du tremblement hystérique chez les enfants. Lyon méd. 1890. LXV. pag. 447.

Peugniez, De l'hystérie chez les enfants. Thèse de Paris 1885.
Pirkler, Ein Fall von Hysterie im Kindesalter. Pester med.-chir. Presse 1887. XXIII. S. 713.
Pitres, Leçons clin. sur. l'hystérie et l'hypnot. Paris 1891. I. p. 189.
Politzer, Über den Wert gewisser Einzelsymptome für die Diagnose mancher Krankheiten im Kindesalter. Jahrbuch für Kinderheilkunde. XXI. S. 8.
Prichard, Ann. méd. psych. 4. S. IX. pag. 330.
Putnam-Jacoby, Some considerations on hysteria. New-York med. Record 1886. XXX. Oct.
Putnam, Hysteria in children. Journ. of nerv. and ment. dis. 1892. XVII. pag. 528.
Railton, Case of hysteria in a child six years of age following influenza. Lancet 1891. II. Oct.
Ryrolds, J. Russel, Remarks on paralysis and other disorders of motion and sensation dependant on idea. Brit. med. Journ. 1869. Nr. 6.
Richer, Notes et observations pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie ou grande hyst. Arch. de Neurol. 1883. V. pag. 66 u. 222.
— La grande attaque hystéro-épilep., cit. bei Greffies.
Riegel, Zur Lehre von den hyst. Affectionen des Kindes. Zeitschr. f. klinische Medizin. 1883. VI. S. 453.
Riesenfeld, Über Hysterie bei Kindern. Dissert. Kiel. 1887.
Rinecker, Über Irresein der Kinder. Allg. Zeitschr. für Psych. 1875. XXXII.
Ritis, Pseudo-corea isterica di origine imitativa. Ann. chir. dell'osp. degl'incurabl. in Napoli 1887 pag. 369.
Roberts, Fälle von Hysterie bei Knaben. Practioner 1879 XXIII. 5. pag. 339.
Rol, Chorea laryngis. New-York med. Record 1887, XXXII. pag. 381.
Roller, Hysterie bei einem Kinde. Ver. der Irrenärzte Niedersachsens. 1891. 1. Mai.
Romberg und Henoch, Klinische Wahrnehmungen und Beobachtungen. Berlin 1851. S. 77.
Rosenthal, Klinik der Nervenkrankheiten. Stuttgart 1875. S. 467.
Rosenthal, Zwei Fälle von Knabenhysterie. Wiener allg. med. Zeit. 1886. XXXI. S. 506.
Savage, Hysterie bei einem 11 J. alten Knaben. Journ. of ment. Scienc. 1885. XXXI pag. 201. Insp.
Schäfer, Über Hysterie bei Kindern. Arch. f. Kinderkr. 1884. V. S. 401.
Schatelow, Zur Frage der epid. Hysterie. Neurol. Centralbl. 1891. X. S. 405.
Scherpf, Zur Ätiologie und Symptomatologie der kindl. Seelenstörungen. Jahrb. f. Kinderh. 1881. N. F. XVI. S. 288.
Schibbye, Fall von inf. Hyst. mit Localisation in der Urinsphäre. Norsk Mag f. Läg. 1892. S. 1265. — Ref. im Jahrb. f. Kinderheilk. 1895. N. F. XXXIX. S. 314.
Seeligmüller, Hyster. inf. Lehrbuch der Krankh. des Nervensyst. Braunschweig 1887. II. S. 617.
— Spinale Kinderlähmung. Gerhardts Handb. Tübingen 1880. V. 1. 2. S. 117.
— Über Chorea magna. Deutsch. med. Wochenschr. 1881. VII. S. 584.

Seitz, Grundriss der Kinderheilk. Berlin 1894. S. 398.
Selaner, Zwei Fälle von Hyst. im Kindesalter. Norsk Mag. f. Läg. 1891 pag. 499. Ref. im Arch. f. Kinderkr. 1892. XIV. S. 368.
Senator, cit. bei Ernst.
Simon, Hysterische Paralysen bei Mädchen von 6—12 Jahren. Gaz. méd. 1877. Nr. 52. S. 642.
— Fausse Paraplégie et troubles musculaires d'origine hystérique chez les jeunes garçons. Progr. méd. 1894. XXII.
Smidt, Über das Vorkommen der Hyst. bei Kind. Jahrb. d. Kinderh. 1880. N. F. XV. S. 1.
Sollier, Hystérie inf. à forme convulsive. France méd. 1891 pag. 2.
— Anorexie hyst. Rev. de méd. 1891. XI. pag. 625.
Soltmann, Die functionellen Nervenkrankheiten. Gerhardts Handb. Tübingen 1880. V. 1. 1. S. 104.
— Pädiatrische Arbeiten. Festschr. Berlin 1890.
— Anorexia cerebralis uud cent. Nutritionsneurosen. Jahrb. f. Kinderh. 1894. N. F. XXXVIII. S. 1.
Souques, Contrib. à l'étude des sympt. hystér., simulateurs des maladies organiques de la moelle épinière. Nouv. Icon. de la Salp. 1891. IV. pag. 130.
Steiner, Ein Beitrag zum Wesen der Chorea maj. u. der Katalepsie. Jahrb. f. Kinderheilk. 1869. N. F. II. S. 205.
— Einige Worte über inf. Hyst. Wiener med. Blätt. 1897. XX.
— Beiträge zur Kenntuis der hyst. Affect. bei Kind. Jahrb. f. Kinderh. XLIV. S. 187.
Still, Functional pyrexia in children. Lancet 1894. I. May.
Strassmann, Ein Fall von hyst. Aphasie bei einem Knaben, comb. mit Facialisparalyse, Trismus u. Spasmus. Deutsch. med. Wchschr. 1890. XV. 10.
Strümpell, Lehrb. d. spec. Pathol. u. Therap. Leipzig 1894. III. S. 545.
Szegö, Über die Imitationskrankh. d. Kind. Jahrb. f. Kinderh. 1895. N. F. XLI. S. 133.
Toche, Hystérie et chorée de Sydenham. Thèse de Paris 1891.
Tuczek, Zur Lehre von der Hyst. bei Kind. Berl. klin. Wchschr. 1886. XXIII. S. 511.
Uffelmann, Kurzgef. Handb. der Kinderkr. Wien 1893. S. 366.
Unger, Lehrb. der Kinderkrankh. Wien 1890. S. 563.
Velthausen, Darstellung und Beurteilung der Erweckungen im Elberfelder Waisenhause. Allg. Zeitschr. f. Psychialtrie XIX. S. 275.
Vogel, Lehrbuch d. Kinderkr. Umgearb. von Ph. Biedert. X. Aufl. Stuttg. 1890. S. 405—408.
Weiss, Die inf. Hyst. Arch. f. Kinderkr. 1884. V. S. 451.
Wendling, Über Schrecklähmung. Wiener klin. Wchschr. 1895. VIII. S. 275.
West, Leçons sur les malad. des enf. Trad. par Archambault. Paris 1875. p. 321.
Winge, Infant. Neuros. Norsk Mag. f. Läg. 1892. S. 1225. Ref. im Jahrb. f. Kinderkr. 1895. XXXIX. S. 313.
Zit, Die psych. Störungen im Kindesalter. Centralbl. f. Kinderkr. 1879. Nr. 8.
Zuppinger, Casuist. Beitr. zur Kenntnis des hyst. Mutismus bei Kindern. Wiener klin. Wchschr. 1896. IX. S. 797.

Thesen.

I.

Die Ernährungstherapie hat in neuerer Zeit eine ganz besondere Bedeutung erlangt.

II.

Es ist der Ansicht entgegenzutreten, dass die Apparate bei der Anwendung der compensatorischen Übungstherapie ein überflüssiges Beiwerk sind.

III.

Die Stereophotographie und Stereoskopie sind sehr wertvolle Mittel bei der medicinischen Demonstration.

Lebenslauf.

Ich, August Wilhelm Bruno Salge, evangelischer Confession, bin geboren am 19. September 1872 zu Berlin als Sohn des Ratsmaurermeisters Emil Salge und seiner Ehefrau Emma, geb. v. d. Heyden.

Von Ostern 1879 bis 1882 besuchte ich die Vorschule des Königstädtischen Gymnasiums zu Berlin, dann das Berlinische Gymnasium zum grauen Kloster, das ich am 8. März 1892 mit dem Zeugnis der Reife verliess.

Ich studierte Medicin in Heidelberg, Erlangen, Berlin und Kiel, wo ich am 30. April 1897 das medicinische Staatsexamen mit dem Gesamtprädikat „gut“ bestand.

Am 18. Februar 1898 bestand ich das Examen rigorosum.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren:

In Heidelberg: Arnold, Bütschli, Czerny, Erb, Ernst, Gegenbaur, Kehrer, Kraepelin, Krafft, Kühne, Maurer, Pfitzer, Quincke.

In Erlangen: Fischer, Gerlach, Rosenthal, Selenka, Widemann.

In Berlin: v. Bardeleben (†), Gerhardt, Gusserow, Liebreich, Schweigger.

In Kiel: Bier, v. Esmarch, Fischer, Heller, Petersen, Werth.